Nr. 2 Rok II

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO
FARMACEUTYCZNE I FIZYKALNE

TREŚĆ: *Inż. J. Kowalczyk*: Syntetyczny przemysł farmaceutyczny. (d. c.) — *Dr. N. Szyk*: Podstawy współczesnego lecznictwa (d. c). — *Dr. med. H. Łążyński:* Wytyczne dla rokowania w codziennej praktyce lekarskiej. — Nadesłane: Kurs z djetetyki. — **Streszczenia**: Choroby wewnętrzne; Pedjatrja; Chirurgja; Ginekologja; Neurologja, Psychjatrja; Laryngologja, Otjatrja; Dermatologja, Wenerologja.

Skrzynka pocztowa

Z numerem bieżącym otwieramy dla naszych Czytelników skrzynkę pocztową, do której prosimy nadsyłać jak najliczniej zapytania zarówno z dziedziny zagadnień, dotyczących przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, farmakologji i pokrewnych dziedzin, jak też z codziennej praktyki lekarskiej. Na pytania te będą udzielane odpowiedzi przez osoby najbardziej kompetentne w danej dziedzinie wiedzy lekarskiej i farmaceutycznej w Polsce.

Inż. L. Kowalczyk.

Syntetyczny przemysł farmaceutyczny.

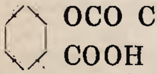
(ciąg dalszy)

Po ochłodzeniu fenacetyna wypada z roztworów, jeszcze trochę zabarwiona na różowo. Wydajność 20 kg. Przesącz służy do krysta lizacji następnej porcji. Do drugiej krystalizacji używa się na 50 kg., otrzymanego z pierwszej krystalizacji, produktu 75 kg. alkoholu 90° ewentualnie z dodatkiem węgla zwierzęcego, nie zawierającego żalaza. — Do rozpuszczenia służą miedziane, cynowane aparaty ekstrakcyjne, do krystalizacji — garnki sztajngutowe. Wydajność drugiej krystalizacji 36 kg. Nakoniec następuje trzecia krystalizacja z trójkrotnej ilości spirytusu 60° z małym dodatkiem odbarwiającego węgla z krwi. Do przesączu wprowadza się nieco kwasu siarkowego. Krystalizację zapoczątkowuje się przez lekkie wstrząsanie. Wykrystalizowany po 24 godzinach produkt przemywa się małą ilością spirytusu i wody, suszy się w zwykłej suszarni szafkowej i przesiewa przez sito mosiężne, celem nadania mu jednolitości. Wydajność 43 kg. z 50 kg. Spirytusowe ługi pokrystalizacyjne są używane po regeneracji (rektyfikacji) nanowo do krystalizacji surowej fanacetyny tak że straty alkoholu są stosunkowo niewielkie, Ogólna wydajność fabrykacji fenacetyny wynosi 83—85%.

Fenacetyna jest składnikiem b. wielu leków. jak fenakodyna, fenapiryna kefaldol i t. p.

ASPIRYNA

Również wielką grupę środków przeciwgorączkowych stanowi aspiryna i jej pochodne. Występuje pod wielu nazwami zależnie od fabryk jak acetylina, acylohozal, motopiryna (wyrabiana w Polsce przez warszawską fabrykę „Motor") i t. d. Aspiryna czyli kwas ace-



tylosalicylowy tworzy bezbarwne, błyszczące, podłużne (igły) kryształy albo blaszki o smaku kwaśnym. Aspiryny istnieją dwie odmiany, z których jedna topi się w 128°, druga zaś — 136,5°. Rozpuszczalność aspiryny wynosi: 1 cz. w ok. 300 cz. wody lub 20 cz. eteru.

Do otrzymywania aspiryny stosuje się kilka metod; podstawą tych wszystkich metod jest działanie chlorku acetylu albo bezwodnika kwasu octowego na kwas salicylowy. W wypadku używania bezwodnika octowego należy używać odpowiedniego katalizatora. Poniżej zostanie podanych kilka różnych metod otrzymywania aspiryny.

1. **Działanie chlorku acetylu na kwas salicylowy.** W żelaznym kotle emaljowanym z chłodnicą zwrotną miesza się 22 kg. czystego przesublimowanego kwasu salicylowego z 250 kg. chlorku acetylu i 100 kg. kwasu octowego lodowatego. Następnie po wymieszaniu, zawartość kotła ogrzewa się ostrożnie i powoli o 1°C co 10 minut aż do wrzenia. Od 50° do 90° ogrzewa się nieco prędzej, a następnie wrzenie utrzymuje się 7—8 godzin. Po 4—5 dniach klarowny roztwór wydziela biały, czysty kwas acetylosalicylowy. Ług macierzysty po odsączeniu aspiryny może być używany do nowego acetylenowania. Wydzielający się przy tych wszystkich operacjach dalszych chlorek acetylu (ciecz wrząca w 51°) i HCl odprowadza się do lekkiej próżni do chłodnicy z lodem, gdzie się kondensuje CH_3COCl, zaś HCl prowadzi się do absorbcji w specjalnej wieżyczce; dostarcza on 18 — 20%-ego kwasu solnego. Wydajność aspiryny przy tej metodzie 220 kg.

2. **Działanie bezwodnika kwasu octowego na kwas salicylowy.** W emaljowanym kotle, zaopatrzonym w chłodnicę zwrotną, miesza się 125 kg kwasu salicylowego z 100 kg toluolu i 140 kg bezwodnika kwasu octowego. Następnie ogrzewa się zawartość kotła do 90° i utrzymuje temperaturę przez 20 godzin. Otrzymany roztwór filtruje się przez gazę muślinową celem oddzielenia mechanicznych zanieczyszczeń; po 3 — 4 dniach wydziela się z roztworu kwas acetylosalicylowy, który po odsączeniu przemywa się małą ilością toluolu. Ług macierzysty może być użyty do acetylowania jeszcze przez kilka razy. W końcu z ługu oddestylowuje się toluol (i używa do następnego procesu) wraz z kwasem octowym. Wydajność przy tej metodzie, liczona na kwas salicylowy, jest prawie teoretyczna.

3. **Działanie kwasu octowego w obecności kwasu siarkowego na kwas salicylowy** (Chem. Ztg. 1927). W emaljowanym kotle żelaznym o pojemności 150 l., ogrzewanym zapomocą łaźni wodnej, miesza się 25 kg kwasu salicylowego z 30 kg bezwodnika kwasu octowego, ogrzewa mieszaninę do 60° i doprowadza do niej 100 g kwasu siarkowego o 60°, Bé, zmieszanego z 20 kg kwasu octowego, temperaturę podnosi do 80° i przez pewien (niedługi) czas utrzymuje się ją. Po obniżeniu temperatury do 80° dodaje się 6 kg benzolu i tak się zawartość kotła studzi (stosując odpowiednią izolację), aby temperatura po 24 godzinach wynosiła 25°. Wytworzony po kilku dniach kwas acetylosalicylowy odsącza się się w porcelanowym sączku, przemywa trzykrotnie 9 kg benzolu i suszy w 30°. Ług macierzysty używać można jeszcze dwukrotnie do acetylowania, a następnie poddaje się go oczyszczeniu przez destylację. Wydajność 92.%

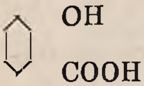
4. **Działanie bezwodnika octowego na kwas salicylowy wobec katalizatora.** W specjalnym kotle, zaopatrzonym w mieszadło i urządzenie destylacyjne (chłodnica), skonstruowanym z bardzo czystego glinu, miesza się 100 kg czystego, suchego kwasu salicylowego z 50 kg 95%-ego kwasu octowego (wolnego od związków chloru), a następnie dodaje się dalsze 45 kg kwasu octowego lodowatego. Teraz następuje szybkie ogrzewanie zawartości kotła przez energiczne doprowadzenie pary do wężownic tak, że w ciągu 30 minut temperatura podnosi się do 90°. Następnie wprowadza się do kotła przy starannem mieszaniu w 2—3 porjach 170 cm³ katalizatora, który prawdopodobnie jest roztworem pirydyny i dwumetyloaniliny w kwasach organicznych. Temperatura kotła wzrasta o kilka stopni tak, że temperatura cieczy w kotle wynosi ok. 100 — 107°. Temperaturę tę utrzymuje się w ciągu 25 minut. W tym czasie oddestylowuje się otrzymany kwas octowy. Teraz uruchamia się chłodnicę zwrotną i pary skroplone spływają do kotła, skutkiem czego temperatura w ciągu dalszych 30 minut spada do 80—90°. Następnie wlewa się do kotła 125 l możliwie czystego benzolu, podgrzanego do 50 — 60°, jednocześnie regulując temperaturę kotła przez dopływ pary tak, aby wabała się ściśle w granicach 88—90°. W tym czasie oddestylowuje się kilka litrów mieszaniny benzol — kwas octowy. Teraz przez chłodzenie doprowadza się temperaturę kotła do 18° w ciągu $6^1/_2$ godzin. Wydzielający się z roztworu kwas acetylosalicylowy odwirowuje się i suszy w 50—60°. Wydajność 100 kg aspiryny. Po oddestylowaniu z ługów $^2/_3$-ch objętości w temperaturze wyższej od 109° otrzymuje się przez krystalizację dalszą porcję aspiryny. Następnie destylat zalewa się taką ilością wody, że następuje rozwarstwienie; w górnej warstwie jest benzol, w dolnej — kwas octowy. Benzol ten służy do nowej fabrykacji aspiryny, kwas octowy zaś można dowolnie zużyć. Z otrzymanego ługu macierzystego przez dalsze stężanie otrzymuje się trzecią porcję aspiryny,



która już do sprzedaży nie nadaje się, gdyż jest zbyt zanieczyszczona.

Opisanej powyżej metody używa firma „Dr. C. O. Gassner" w Berlinie; używanego przez nią kontaktu pod nazwą „Je Me L" dostarcza firma „C. W. Adam i Syn" w Magdeburgu. Kontakt ten działa przyśpieszająco na tworzenie i korzystnie na wygląd krystaliczny kwasu acetylosalicylowego. Używanie pirydyny jako katalizatora zostało zastrzeżone przez „Bayera" w pat. niem. 386679.

Widzimy zatem, że podstawowemi materjałami wyjściowemi do fabrykacji aspiryny są: — kwas salicylowy, bezwodnik kwasu octowego, chlorek acetylu oraz odpowiednie katalizatory i benzol wzgl. toluol, jako rozpuszczalniki. Jeśli chodzi o techniczne otrzymywanie kwasu salicylowego, to rozpada się ono na dwie części: 1) na otrzymywanie salicylanu sodu i 2) oddzielanie i oczyszczanie kwasu salicylowego (o — hydroksybenzoesowego).



Aby otrzymać salicylan sodu stapia się w autoklawach fenol z ługiem sodowym i otrzymany fenolan po usunięciu z autoklawu wody ogrzewa się w temp. 120—145° pod zwiększonem ciśnieniem z dwutlenkiem węgla. Ług musi być wolny od żelaza i mieć 95—96% NaOH. Fenol najlepiej używać syntetyczny. Dwutlenek węgla otrzymuje się z prażenia węglanu magnezu; używa się go pod ciśn. 8—10 atm. albo skroplonego: 60 atm. Podczas reakcji wydziela się wiele ciepła, wobec czego autoklaw należy chłodzić. Absorbcja CO_2 przez fenolan przebiega intensywnie i jest prawie teoretyczna. Aby oczyścić otrzymany salicylan sodu przepuszcza się przez autoklaw odlotową parę wodną, która porywa ze sobą nieprzereagowany fenol; jest on kondensowany w chłodnicy. Następnie salicylan sodu rozpuszcza się w wodzie i oczyszsza zapomocą 5% roztworu soli cynawych, aż stanie się bezbarwny. Celem otrzymania kwasu salicylowego z salicylanu traktuje się roztwór kwasem solnym lub siarkowym; wypadający z roztworu kwas salicylowy oczyszcza się po odsączeniu lub odwirowaniu przez sublimację. Do celów lekarskich kwas salicylowy musi być czyszczony przez destylację z parą wodną, krystalizację z wody wobec soli cynawych i nakoniec przez sublimację.

Bezwodnik kwasu octowego, $(CH_3CO)_2.O$ otrzymuje się technicznie trzema metodami: 1) przez traktowanie octanu (wzgl. nawet kwasu octowego w specjalnych okolicznościach) np., najczęściej używa się odpowiednio przygotowanego octanu sodu — zapomocą kwasów chlorowowodorowych lub innemi środkami, chętnie wiążącemi wodę, jak np. tlenochlorek fosforu, chlorek siarki, chlorek sulfurylu, kwas chlorosulfonowy,fosgen i t. p., 2) przez rozpad dwuoctanu etylidenu: $(CH_3COO)_2CH.CH_3 = (CH_3CO)_2O + CH_3.CHO$ wskutek ogrzania wobec katalizatora powyżej punktu wrzenia (dwuoctan etylidenu otrzymuje się przez działanie acetylenu na kwas octowy wobec katalizatorów) i 3) przez

ogrzanie par kwasu octowego do wysokich temperatur (600 — 800°C) wobec katalizatorów jak: — chlorki alkaljów i ziem alkalicznych, kwas borowy, borany, fosforany, fosfór i jego lotne połączenia i t. d. Za materjał do naczynia reakcyjnego służy wyprażony węgiel, stopy chromowe (stal V2St Kruppa i podobne), miedź, węglik krzemu i t. p.

Chlorek acetylu, $CH_3.COCl$, otrzymany poraz pierwszy w r. 1852 przez Ch. Gerhardta, działaniem tlenochlorku fosforu na octan potasu. W technice do otrzymywania chlorku acetylu na wielką skalę służą dwie metody:—

1. działaniem chlorku sulfurylu na octan sodu —

$$2CH_3.CO_2Na + SO_2Cl_2 \longrightarrow 2CH_3.COCl + Na_2SO_4$$

i 2. przez traktowanie kwasu octowego,lub jego soli — solanem kwasu chlorosulfonowego.

$$CH_3.CO_2Na + NaSO_3Cl \longrightarrow CH_3.COCl + Na_2SO_4$$

Nietylko aspiryna, lecz inne pochodzenie kwasu salicylowego wykazują własności antypiretyczne jak np. salol czyli salicylan fenylu (otrzymany przez wzajemne działanie w 120—125° 64 cz. kwasu salicylowego, 48 cz. fenolu i 28 cz. tlenochlorku fosforu, jako środka odciążającego wodę;—otrzymany salol przemywa się wodą i krystalizuje z alkoholu z dodatkiem węgla zwierzęcego)

C_6H_4 < OH, $CO_2C_6H_5$

salofen czyli acytylo-p-aminosalol (otrzymany z kondensacji p-nitrofenolu z kwasem salicylowym wobec tlenochlorku fosforu na nitrosalol, a potem przez ostrożną redukcję tego ostatniego od p-aminosalolu, (który podlega acetylowaniu)

C_6H_4 < OH, $CO_2.C_6H_4.NH.COCH_3$

apiron (acetylosalicylan magnezu, otrzymany z działania tlenku magnezu na kwas acetylosalicylowy w obecności acetonu) i t.d. Również aspiryna względnie jej pochodne wchodzą w skład wielu lekarstw, stąd datuje się jej tak wielkie rozpowszechnienie.

ZAKOŃCZENIE.

Z przytoczonych w niniejszem artykule metod otrzymywania środków przeciwgorączkowych oraz produktów wyjściowych do ich fabrykacji wynika, że specjalnych trudności one nie przedstawiają. Jednak pojedyńczej fabryce byłoby za trudno przeprowadzić całą syntezę od właściwego surowca np., benzol, kwas octowy do właściwego produktu np, aspiryna, dlatego najracjonalniej byłoby wytworzyć w tym celu dwa typy fabryk: jedne przygotowywałyby produkty wyjściowe do syntezy z surowców, drugie dokonywałyby właściwej syntezy środka.

Jeśli chodzi o Polskę, to surowców do fabrykacji środków przeciwgorączkowych mamy poddostatkiem; brak nam jedynie fabryk drugiego typu tj. przygotowujących półfabrykaty do syntezy. Z chwilą gdy odpowiednia ilość takich fakryk powstanie, uniezależnimy się całkowicie od przywozu zagranicznego tego rodzaju leków.

Dr. N. Szyk.

Podstawy współczesnego lecznictwa.

(ciąg dalszy)

Postęp nauk lekarskich otworzył nowe horyzonty dla naukowej i doświadczalnej terapji. Praca praktyczna lekarza, została wzbogaconą we wszystkich dziedzinach. Cały szereg świetnych odkryć techniki na tle nowych zdobyczy stosowanej chemji i fizyki wzbogacił arsenał środków leczniczych lekarza i dał mu w ręce techniczne możliwości, o których nie mogli marzyć lekarze dawniejsi. Postęp nauk przyrodniczych, zwłaszcza nauk lekarskich dokonał istnej rewolucji w całym szeregu gałęzi medycyny. Należy tu wymienić świetne postępy chirurgji, które są następstwem rozwoju bakterjologji, farmakologji i chemji. Ogromny szereg zdobyczy techniki (systemy optyczne, endoskopja, rentgenodjagnostyka) znacznie rozszerzył zakres możliwości leczenia chirurgicznego i powołał do życia szereg metod, które dały możność lekarzowi czynnie wpływać na przebieg spraw chorobowych w najgłębiej położonych narządach (chirurgja mózgowa, urologja). Postępy bakterjologji i nauki o odporności dały szerokie uzasadnienie nowym metodom, jak leczenie surowicami i szczepionkami. Nadto powstał szereg naukowo uzasadnionych metod leczenia zapobiegawczego.

Z drugiej strony postępy bakterjologji, chemji fizykalnej i biochemji dały naukowe uzasadnienie dla całego szeregu dawnych metod, które zdawałoby się zostały nazawsze wyłączone z arsenału lekarza. W chwili obecnej powracają do kliniki prawie zupełnie zapomniane krwioupusty, przetaczania krwi, środki odciągające.

Nauka o wydzielaniu wewnętrznem daje uzasadnienie naukowe dla licznych metod, pochodzących z czasów starożytnych i wieków średnich. Stosowanie narządów zwierząt zostało napozór nazawsze usunięte z arsenału terapeutycznego wraz z mistycznemi przesłankami ich stosowania. Terapja zostaje wzbogacona takiemi środkami jak adrenalina, tyreoidyna i insulina. Jednocześnie szczęśliwy przypadek znów zwraca uwagę lekarzy na korzyść stosowania poszczególnych narządów w leczeniu chorób, jak naprzykład wątroby w niedokrwistości złośliwej. Postępy fizyki i techniki zaopatrują lekarzy w ogromny arsenał środków fizykalnych leczenia, jak leczenie wodą, światłem, elektrycznością, promieniami rentgenowskiemi i radem.

Rodzaje leczenia.

1) Za najbardziej radykalne należy uważać to leczenie, które ma na celu usunięcie z ustroju czynnika chorobotwórczego (tam, gdzie jest on znany). Najprostszym przykładem takiego leczenia przyczynowego jest usunięcie robaków, leczenie zapomocą wydalenia jadu lub jego neutralizacji. Należy tu również leczenie swoiste (specyficzne), które

wpływa na zarazki chorób jak chinina w zimnicy, salwarsan w stosunku do chorób na tle zakażenia krętkami (kiła, dur powrotny), przetwory salicylowe w gośćcu, surowica przeciwbłonicza w błonicy.

Do tego rodzaju leczenia możnaby poniekąd odnieść leczenie witaminami (krzywica gnilec). Swoiste leczenie stosuje się jednak w stosunkowo niewielkiej liczbie chorób bądź z powodu niewyjaśnionej bliższej przyczyny, bądź — też z powodu braku środków, usuwających znaną przyczynę choroby.

2) Praktycznie w większości przypadków lekarz usuwa czynności chorobowe narządów lub je zmienia. W ten sposób przywracamy prawidłową czynność dotkniętych chorobą narządów. Takie leczenie oznacza się nazwą leczenia czynnościowego.

Leczenie czynnościowe oparte jest na znajomości mechanizmu powstawania i patogenezy zaburzeń czynności ustroju w danem schorzeniu. Należy tu odzyskanie wyrównania czynności serca w wadach i uszkodzeniach mięśnia sercowego. Takie zaburzenia, jak duszność, bezsenność, obrzęki, bóle wątroby zastoinowej,, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i nieżyt zastoinowy oskrzeli podlegają leczeniu nie przez zadziałanie nie na poszczególne narządy, lecz na podstawową przyczynę, która te zjawiska wywołała, na samą czynność serca. W tym wypadku leczenie często jest niezależne od czynnika etjologicznego, który wywołał dane schorzenie serca.

3) Wreszcie odróżniamy leczenie objawowe. Leczenie objawowe ma na celu usunięcie objawów i dolegliwości chorego niezależnie od ich etjologji i patogenezy. Należy tu ogromna liczba środków farmakoterapeutycznych i fizjoterapeutycznych. Psychoterapja w pewnym sensie ograniczonym również należy do leczenia objawowego. Liczba środków będących do dyspozycji lekarza w leczeniu objawowem, jest bardzo wielka. Niezbędna jest duża wiedza i doświadczenie, aby móc obrać najbardziej celową dla danego przypadku metodę leczenia objawowego.

Jeśli chodzi o sposób postępowania, należy odróżniać następujące odmiany leczenia: 1) doszczętne, 2) zachowawcze, 3) zapobiegawcze.

Ad. 1) Doszczętne leczenie stosuje się głównie w chirurgji, ginekologji, otolaryngologji i oftalmologji. Należy jednak odróżnić istotne doszczętne usunięcie choroby i jej przyczyny od samej metody doszczętnego leczenia. Do doszczętnego leczenia, usuwającego przyczynę choroby należą: appendektomja w ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego, wykonanie zespolenia jelitowego lub wycięcie pętli jelitowej w niedrożności, wycięcie nowotworu dobrotliwego, nastawienie zwichnięcia i t. p. W innych przypadkach samo leczenie napozór doszczętne nie usuwa przyczyny choroby. której często nie można usunąć, Usuwa się tylko część schorzałego narządu. Należy tutaj usunięcie pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniem, wycięcie wrzodu żołądka, wycięcie nowotworów złośliwych.

Ad. 2) Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu metod niechirurgicznych, przyczem w sensie skutku (usunięcie naprzykład robaków) wcale nie ustępuje leczeniu doszczętnemu.

Bardzo zbliżone do leczenia zachowawczego jest leczenie wyczekujące (therapja expectativa), które zapoczątkował Galen. Zalecał on lekarzowi przed zadziałaniem czynnem na przebieg procesu chorobowego, przekonanie się na ile ustrój sam posiada naturalne dążenie do samowyleczenia (physis). W całym szeregu schorzeń zakaźnych leczenie wyczekujące jest bardzo korzystne, jeżeli stworzyć stosowne warunki opieki i pielęgnacji dla chorego.

Ad 3) Szczególne miejsce obok leczenia chorego w ścisłem tego słowa znaczeniu ma leczenie zapobiegawcze. Zapobieganie (profilaktyka) ma na celu stosowanie środków nietylko społecznych, zapobiegających schorzeniom masowym. Należy tu również szereg środków indywidualnych bądź chroniących poszczególnego osobnika od choroby, bądź skierowanych ku ochronie ustroju od zaostrzenia lub nawrotu już przebytej sprawy chorobowej.

W przeciwieństwie do lekarzy dawnych epok spółczesny lekarz nie widzi w każdym z licznych typów leczenia metody obowiązującej. W każdym poszczególnym przypadku w zależności od konkretnych właściwości przypadku obiera on ten lub ów rodzaj leczenia, często łącząc różne rodzaje leczenia. A więc we wrzodzie żołądka można stosować metodę zachowawczą (dietetyczną), zaś przy stosownych wskazaniach przejść do metody doszczętnej (chirurgicznej) z tem, aby później ponownie poddać chorego leczeniu zachowawczemu. W przebiegu gruźlicy płuc wyczekująca lub zachowawcza metoda jest wskazana w niektórych postaciach i okresach choroby, podczas gdy w innych chorobach lub powikłaniach wskazane jest leczenie uciskowe, czyli wkroczenie czynne.

Metody leczenia.

Przy przeprowadzeniu tego lub innego typu leczenia lekarz rozporządza dużą liczbą środków i metod. Wszystkie spółczesne metody leczenia można podzielić na 3 grupy (przyczem często lekarze posługują się jednocześnie kilkoma sposobami leczenia: — leczenie kombinowane).

1) Do pierwszej grupy należy stosowanie naturalnych i fizykalnych środków leczniczych.

2) Wprowadzenie do ustroju sztucznie uzyskanych substancyj (leczenie farmaceutyczne).

3) Szereg metod, które mają obecnie tylko historyczne znaczenie. Metody te wcale nie są naukowo uzasadnione. Często są one stosowane naskutek mylnie pojętych przesłanek naukowych.

Ad. 1) Do grupy tej należy dietetyka, która jest obecnie podstawą leczenia licznych chorób. Nadto należy wymienić wodolecznictwo z licznemi jego odmianami, światłolecznicze metody (heljoterapja — na-

turalne leczenie słońcem, aktinoterapja, rentgenoterapja). Grupa ta obejmuje również leczenie ciepłem (termoterapja), kąpielę błotne, klimatoterapję, kąpiele i leczenie w zdrojowiskach. Wreszcie należą tu: — gimnastyka lecznicza, sport leczniczy, masaż, leczenie zapomocą kąpieli powietrznych. Jednem słowem, środki fizykalne, stojące do dyspozycji lekarza,są bardzo liczne. Wiele z nich stosowano już w głębokiej starożytności. Obecnie istnieją bardzo liczne przyrządy, opracowane przez współczesną naukę i technikę. Do metod naturalnych należy odnieść również psychoterapję, która stanowiła od początku leczenia chorób istotną metodę zadziałania lekarza na przebieg całego szeregu procesów patologicznych.

Ad. 2) Do grupy tej należą metody lecznicze zapomocą substancyj leczniczych — farmakoterapja. Farmakoterapja od najdawniejszych czasów i we wszystkich krajach posługuje się własnościami leczniczemi środków roślinnych, zwierzęcych i mineralnych. Obecnie dzięki postępom chemji i fizyki została świetnie podjęta praca, zapoczątkowana przez Paracelsus'a: wyosobnienie substancyj leczniczych w czystej postaci z ich połączeń. Postępy fizjologji i chemji biologicznej znacznie rozszerzyły i pogłębiły współczesną farmakoterapję i dały możność zastosowania zamiast dawnej organoterapji — hormony. Wysoki stopień rozwoju osiągnęła farmakoterapja w postaci leczenia swoistego i chemoterapji. Chemoterapja ma na celu zupełne zniweczenie zarazków w ustroju (therapia sterilisans magna). Do farmakoterapji możnaby zaliczyć również metody leczenia, które powstały pod wpływem bakterjologji i nauki o odporności: seroterapja, bakterjoterapja (wakcynoterapja). Należy tu również swoista proteinoterapja i ogromna dziedzina nieswoistej proteinoterapji jako leczenie bodźcowe (Reiztherapie). Z tego punktu widzenia należy również zapatrywać się na leczenie zastępcze (substytucyjne), które wprowadza do ustroju 3 brakujące substancje naprzykład kwas solny, zaczyny (pepsyna, pankreatyna), a zwłaszcza produkty czynności gruczołów dokrewnych (terapja hormonalna).

Ad. 3) Należą tu metody mające obecnie już tylko znaczenie historyczne. Metody te, są wyrazem pseudonaukowych systematów leczenia różnych epok. Z drugiej strony świadczą one o tem, iż liczne usiłowania leczenia chorych zapomocą metod nieuzasadnionych miały duże powodzenie oczywiście drogą psychoterapeutyczną. Głównie dotyczy to metod, stosowanych przez znachorów.

Psychoterapji napozór nie można odnieść ani do pierwszej ani do drugiej grupy. Jeżeli jednak uwzględnić dane doświadczalne uzyskane przez Pawłowa, Glaser'a i Hausen'a, to stanie się jasnem, iż największe znaczenie w postępowaniu lekarskiem ma ogólne zachowanie się lekarza wobec chorego. Mimo wielkich postępów fizjo—i farmakoterapji zachowanie się lekarza, jako metoda psychoterapeutyczna ma największe znaczenie. Niedocenianie psychoterapji przez spółczesnego

lekarza jest często przyczyną niepowodzenia w stosowaniu czysto naukowych metod. Właściwie psychoterapja rozpoczyna się od pierwszej chwili spotkania się z chorym, a kończy się na takich metodach, jak psychoanaliza i hipnoza. Niedocenianie znaczenia psychoterapji jest przyczyną ogromnego powodzenia znachorów i szarlatanów.

Dr. med. H. Łonżyński.

Wytyczne dla rokowania w codziennej praktyce lekarskiej.

Rokowanie jest to przepowiadanie przebiegu choroby. Rokowanie może być wypowiedziane w zarysach ogólnych. Wówczas dotyczy ono tylko zejścia sprawy chorobowej (życie — śmierć, wyzdrowienie niezupełne i zupełne, prognosis quoad vitam i quoad valetudinem completam). Można również w rokowaniu uwydatnić szczegóły: nastąpienie poprawy lub pogorszenia, wpływ choroby na zdolność do pracy i ogólny stan, i t. d.

Rozbiór twierdzeń, dotyczących rokowania, wykazuje, iż przedewszystkiem rozstrzygające znaczenie dla rokowania ma prawidłowe ustalenie r o z p o z n a n i a choroby. W wielu schorzeniach rokowanie wynika bezpośrednio z rozpoznania zwłaszcza w przypadkach ciężkich. Stwierdzenie rozsianego raka świadczy o zupełnie określonem rokowaniu. Z innej znów strony nieżyt nosa lub lekkie skaleczenie skóry dają podstawę do przypuszczenia pomyślnego przebiegu choroby. Nietrudno jednak spostrzec, iż nawet tak proste rozważania rokownicze posiadają wiele cech wadliwych mimo bezwzględnie wiarogodnego rozpoznania. W pierwszym przypadku zdanie o nieuchronnem zejściu śmiertelnem zaniedbanych nowotworów złośliwych w rzadkich przypadkach, przy udanej operacji, może podlegać wyjątkom. W drugim natomiast przypadku należy uwzględnić, iż każdy nieżyt nosa, nawet najlżejszy, może spowodować powikłania, i wówczas rokowanie się zmieni w zależności od rodzaju tego powikłania. Dlategoż, nie mówiąc już o tem, że w chwili ustalenia rokowania należy wyłączyć możliwość powikłań, wnioskowanie o bezpieczeństwie zachorowania na nieżyt nosa wymaga zastrzeżeń.

Przytoczone przykłady zostały obrane z tych dziedzin, w których wyjątki tak rzadko się spotykają, że praktycznie nie może być żadnych wątpliwości co do rokowania.

Powyższe dwa rokowania oparte są na licznych spostrzeżeniach, które możnaby ująć w postaci statystycznej (liczba wyzdrowiałych: liczba chorych). Nadto wchodzi w rachubę nieopracowany materjał statystyczny, który przechowuje się w pamięci lekarza (doświadczenie lekarskie).

Rozbiór bardziej złożonego przypadku wykazuje, iż niepodobna wypowiedzieć się z taką pewnością co do rokowania, jak to można było uczynić w wspomnianych dwuch przypadkach. Zwykle odpowiedź na zapytanie o wyzdrowieniu nie układa się w twierdzeniu kategorycznem: wszystko lub nic. Weźmy dla przykładu chorego, dotkniętego durem plamistym. Tu z samego początku powstają trudności przy ustaleniu rokowania. Przedewszystkiem śmiertelność w przebiegu duru plamistego waha się w zależności od rodzaju epidemji (genius epidemicus). Znając liczby, dotyczące śmiertelności w danym okresie czasu, możnaby prawdopodobieństwo wyzdrowienia ocenić zapomocą stosunku (liczba wyzdrowiałych: liczba chorych). Lecz wnioski rokownicze w tej postaci nadają się jedynie dla celów statystycznych, naprzykład w ubezpieczeniach, natomiast zupełnie nie odpowiadają one warunkom rokowania indywidualnego, które przedstawia wartość praktyczną dla lekarza i chorego. Na podstawie statystyki można wnioskować, iż chociaż dana choroba jest niebezpieczna (daje wysoką śmiertelność), lecz w większości przypadków jednak kończy się wyzdrowieniem. Czy dany chory znajdzie się śród tej większości, rozstrzygnąć można nie na podstawie statystyki, lecz na podstawie innych rozważań. Doświadczenie kliniczne poucza, iż pomyślny lub niepomyślny przebieg choroby jest związany z licznemi okolicznościami, których znaczenie niezawsze jest jasne. A więc dur plamisty u kobiet przebiega często lżej niż u mężczyzn, zaś u dzieci bez porównania lżej niż u dorosłych. W przebiegu innych schorzeń dane te mogą mieć odmienne znaczenie. Naprzykład cukrzyca u dzieci odznacza się bardziej ciężkim przebiegiem niż u dorosłych.

Znajomość przebiegu choroby chroni od wielu błędów. Ku końcowi drugiego tygodnia nawet w pomyślnym przebiegu duru plamistego tętno często staje się słabe, ciśnienie krwi obniża się i świadomość ulega zamroczeniu. Wystąpienie tych objawów w pierwszych dniach choroby wybitnie pogarsza rokowanie. Tak samo wiadomo, iz w przebiegu dławicy piersiowej zawsze wystąpić może ciężki napad mimo dobrego samopoczucia chorego. Ustalenie pomyślnego rokowania dławicy piersiowej na podstawie dobrego stanu chorego byłoby niesłuszne. Poddając starannemu, rozbiorowi obraz stanu psychicznego chorego, psychjatra przepowiada, iż po okresie przygnębienia nastąpi okres podniecenia. W innych przypadkach przestrzega on przed usiłowaniem samobójstwa.

Rokowanie pogarsza się przy współistnieniu kilku chorób. Zwłaszcza duże znaczenie mają powikłania, które są bardziej ciężkie niż choroba podstawowa. Wystąpienie powikłań uwarunkowane może być złożonym zbiegiem okoliczności, lecz może się ono wydawać również przypadkowem. Tem nie mniej wiadomo, iż w pewnych schorzeniach należy spodziewać się ściśle określonych powikłań (zapalenie płuc u chorego sercowego, zapalenie pęcherza w przebiegu

schorzeń rdzenia). W każdym przypadku może zajść coś zupełnie nieprzewidzianego, co zupełnie zmienia rokowanie. Dlategoż wszelkie rokowanie wymaga dużej ostrożności.

Duże znaczenie dla rokowania ma postępowanie lecznicze. Błonica, śpiączka cukrzycowa, kilaki, uwięźnięta przepuklina, zwichnięcia i złamania podlegają ocenie rokowniczej w ścisłej zależności od tego, czy są one leczone prawidłowo czy nie. Przy wkroczeniu chirurgicznem należy oddzielnie rozpatrzeć ciężkość schorzenia i ciężkość operacji. Wpływ czynników, nie związanych bezpośrednio z chorobą, niepomyślne warunki bytu, które przeszkadzają choremu przeprowadzić leczenie, niezrozumienie ze strony chorego grożącego mu niebezpieczeństwa, niechęć do zmiany trybu życia, zapał dla pracy zawodowej, który pociąga za sobą nadmierne wyczerpanie sił — wszystkie te czynniki oddziaływują na przebieg choroby i często rozstrzygają o rokowaniu.

Nie jest rzeczą łatwą udzielić wskazówek metodycznych dla wniosków rokowniczych. We wszystkich przypadkach należy myślowo wyobrazić sobie przebieg choroby, przystosowując schemat schorzenia do danego przypadku.

Im dalej patrzy się w przyszłość, tem trudniej ocenić rokowanie. Można często przewidzieć bezpośrednie lub bliskie niebezpieczeństwo, biorąc pod uwagę stan świadomości, charakter oddychania, wydzielanie moczu, wytwarzanie składników krwi i inne podstawowe czynności życiowe. Według wymienionych czynników można sądzić o stanie sił żywotnych chorego. Jeżeli stwierdza się upośledzenie jakiejkolwiek z tych czynności, wówczas musi to być ocenione bardzo poważnie. Niezależnie od przyczyny upośledzenia czynności rokowanie będzie niepomyślne, jeżeli niema możności szybkiego oddziaływania leczniczego.

Niekiedy przewidujemy bezpośrednie groźne niebezpieczeństwo, w innym przypadku mamy obawy co do odległej przyszłości. Wyobraźmy sobie chorego, dotkniętego sinicą, z szerokiemi źrenicami, lichem tętnem i ogromnie utrudnionym oddechem. W tym wypadku należy ustalić niepomyślne rokowanie w sensie bliskiego zgonu, przyczem musimy się ograniczyć czasem krótkowzrocznem rozpoznaniem uduszenia z powodów bliżej nieznanych. W innych razach powstają obawy o los chorego w bardziej odległej przyszłości, gdy spostrzega się niepowstrzymany spadek stanu odżywiania. Postępujące cherłactwo zmusza nas do głuchego podejrzenia o istnieniu nowotworu w miejscu nieznanem, przyczem, chociaż mamy tylko podejrzenie, jednak zupełnie stanowczo ustalamy złe rokowanie. W fizyce, chemji i innych naukach przebieg złożonych zjawisk czasami odtwarzamy zapomocą krzywych. Na podstawie takich krzywych, jeżeli nie są one zakończone, zaś spostrzeżenia są przerwane, często można

przepowiedzieć, jak proces potoczy się dalej, przypuszczając, iż przebieg krzywej się ustalił. Podobną zasadę można w pewnej mierze stosować również w klinice. Nieznaczne stany podgorączkowe, które już trwają oddawna, niezawsze mogą być wyjaśnione. Można przyjąć mnóstwo przyczyn dla ich wyjaśnienia, lecz żadna z nich nie jest o tyle uzasadniona, aby dać klucz dla rokowania. Bezpośrednia obserwacja chorego, który w ciągu dłuższego czasu nie uległ wychudnięciu spowodu stanów podgorączkowych i nie posiada dolegliwości, wykazuje na pomyślny przebieg jego choroby i zezwala na ustalenie pomyślnego rokowania. Rokowanie w wymienionych przypadkach zostało ustalone niezależnie od rozpoznania jedynie na podstawie odosobnionego objawu przebiegu choroby i na podstawie oceny stanu ogólnego.

Wartość przekonywująca rokowania jest różna. W niektórych przypadkach rokowanie posiada dużą siłę dowodową, w innych zaś przypadkach jest jedynie odgadywaniem biegu wydarzeń. Wreszcie bardzo często wogóle nie można ustalić rokowania.

Rozważania rokownicze podlegają dużemu ryzyku błędu. Źródłem błędów może być osobowość lekarza, jego wrażliwość i współczucie dla cierpień chorego. Wystrzegać się należy rozstrzygającego wpływu świeżego wspomnienia. Bezpośrednio przedtem spostrzegamy podobny do danego przypadek mimowoli skłania do podobnego rokowania. Zwłaszcza często powstają błędy spowodu niedostatecznej spostrzegawczości, wskutek czego pomija się ważne szczegóły obrazu klinicznego lub otoczenia chorego osobnika.

Zdolność do opanowania swej uwagi, uczuć i do trzeźwej oceny stanu chorego nie cechuje wszystkich w równym stopniu. Po wsze czasy znani byli lekarze, którzy wsławili się swemi rokowaniami: *Hippokrates*, który przypisywał duże znaczenie rokowaniu i nawet zatytułował swoją pracę „Prognostikon“, był znany w starożytności ze swych rokowań. Zdolność do ustalenia prawidłowego rokowania i do prawidłowej oceny stanu chorego osiąga się zapomocą doświadczenia i ćwiczenia. Zdolność ta jest oparta na subtelnej obserwacji. Z dużą pewnością można się orjentować tylko w otoczeniu, do którego się przyzwyczajono. Bardzo trudno rokować nie w swojej specjalności. Naprzykład ogólny ciężki stan chorego, który znany jest każdemu lekarzowi, może wydać się zupełnie beznadziejnym interniście, jeżeli stan ten wystąpił po powikłaniu chirurgicznem lub po napadzie rzucawki, podczas gdy chirurg lub ginekolog zupełnie inaczej na sprawę tę będzie się zapatrywał.

Należy zdać sobie sprawę z tego, co oznacza „prawidłowe rokowanie“. U chorego wycieńczonego, z wątrobą o nierównej powierzchni, z dużą puchliną brzuszną, objawami niestrawności i krwawemi wymiotami ustalono rozpoznanie raka żołądka. Wynika stąd bezwzględnie złe rokowanie. Jednak badanie pośmiertne nie wykrywa raka żo-

łądka, lecz ujawnia, iż podstawą choroby była marskość wątroby. Chociaż nastąpił przepowiadany zgon, lecz rokowanie było nieprawidłowo uzasadnione. Gdyby przedtem wskazano na niemożność ustalenia rozpoznania, lecz jednocześnie wydanoby złe rokowanie na podstawie ogólnego ciężkiego stanu i upadku sił, wówczas rożważania byłyby bardziej prawidłowe.

Zresztą niezawsze można rozstrzygnąć sprawę słuszności danego rokowania. Chodzi o to, iż lekarz, ustalający rozpoznanie, nie przytacza danych dla jego uzasadnienia i często nawet sam nie zdaje sobie sprawy, jak doszedł to wypowiedzianego rokowania. W przytoczonym przypadku roztrzygające znaczenie miał ogólny ciężki stan chorego, który dał podstawę do złego rokowania, zaś z drugiej strony skłaniał do rozpoznania nowotworu. Mylne rozpoznanie raka wysunięto jako dowód dla potwierdzenia niepomyślnego rokowania. W danym wypadku wydaje się lekarzowi, iż niepomyślne rokowanie zależy od rozpoznania ciężkiego schorzenia.

Zwłaszcza często zachodzą pomyłki, gdy lekarz usiłuje uzasadnić rozpoznanie zapomocą rokowania, co wymaga dużej ostrożności. Jeżeli lekarz napotyka bladego chorego z powiększoną śledzioną, który przez pewien czas cierpiał na ogólne niedomagania i podniesioną t⁰, wówczas jest on skłonny do ustalenia rozpoznania duru brzusznego. Na tej podstawie lekarz przepowiada, iż choroba potrwa kilka tygodni i zakończy się stopniowym spadkiem t⁰. Rokowanie sprawdza się. W tym wypadku łatwo możnaby przyjąć, iż rokowanie było prawidłowe i świadczyło o słuszności rozpoznania. Tymczasem w braku bardziej przekonywujących dowodów na korzyść duru brzusznego tego rodzaju zbieżność rokowania z rzeczywistością może być zupełnie przypadkowa. Obraz choroby, tak samo dobrze mógł być uwarunkowany zapaleniem opłucny, które zostało przeoczone, zaś powiększenie śledziony — przebytą niegdyś zimnicą, o której chory zupełnie zapomniał.

Rokowanie jest wówczas prawidłowem i doskonałem, jeżeli sprawdziły się ostateczny wniosek rokowniczy oraz całkowite uzasadnienie rokowania.

Praktyczne znaczenie rokowania jest ogromne. Obok skuteczności leczenia rokowanie ma ogromne znaczenie dla chorego i jego otoczenia. Rozpoznanie, które jest ważne dla lekarza, nie ma znaczenia dla chorego, gdyż w większości przypadków jest dla niego niezrozumiałe. Lecz również lekarz winien przypisywać duże znaczenie rokowaniu, aby nie wydawać bezcelowych, czasem męczących dla chorego i trudnych dla otoczenia zarządzeń (naprzykład wysłanie do uzdrowiska beznadziejnie chorych). Z drugiej strony rokowanie może mieć znaczenie, aby nie pominąć sposobności uratowania chorego tam, gdzie stan chorego mylnie wydaje się beznadziejnym, gdy wystarczy energiczne wkroczenie chirurgiczne, aby mimo utraty krwi uratować chorego.

Nadesłane.

— Kurs z djetetyki. W okresie od 1.IV. do 6.IV. 1935 roku włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Un. Warsz. (Dyrektor Prof. Un. Warsz. Dr. med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z djetetyki dla lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmą 37 godzin, są następujące: I Rola djetetyki w lecznictwie — Doc. Dr. J. Węgierko. II. Djetetyka ogólna. 2. Biochemja białek, tłuszczów, i węglowodanów — Prof. Dr. Przyłęcki. 2. Energetyka żywienia — Dr. E. Apfelbaum. 3. Przemiana mineralna i kwasozasadowa, a żywienie — Dr. J. Glass. 4. Przemiana wodna, a żywienie — Dr. J. Fliederbaum. 6. Nauka o pokarmach — Doc. Dr. S. Szulc. (Pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłaniające, przyswajanie, wydalanie). III. Djetetyka szczegółowa: 1. Choroby żołądka — Doc. Dr. Cytronberg S. 2. Choroby jelit — Doc. Dr. Z. Górecki. 3. Choroby wątroby — Doc. Dr. W. Filiński. 4. Choroby narządu ruchu z uwzględnieniem skaz — Doc. Dr. E. Reicher. 5. Wychudnienie i otyłość — Dr. J. Roguski, 6. Cukrzyca — Doc Dr. Węgierko J. 7. Choroby krwi — Dr. A. Fidler. 8. Choroby narządu krążenia — Dr. A. Fidler. 9. Cohroby gruczołów dokrewnych — Dr. A. Fidler. 10. Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. J. Misiewicz. 11. Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. W. Markert. IV. Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznemi — Mag. M. Morzkowska. Opłata za kurs wynosi 30 złotych. Uczestnikom będą zapewnione mieszkania na ich żądanie po zniżonej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia. Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dn. 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Un. Warsz. dr. J. Rydygier, Warszawa, ul. Nowogrodzka Nr. 59.

STRESZCZENIA.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

R. Courtois i P. Bronamis. **Sztucznie wywołane zapalenia opłucny i masywne wlewania oliwy gomenolowej do zdrowej jamy opłucnowej.** (Revue de la Tuberculose Nr. /1934).

Punktem wyjścia dla pracy autorów było spostrzeżenie kliniczne, że samoistne wysiękowe odczyny opłucnowe wywołują wyraźną poprawę zmian płucnych. Ażeby wywołać ten odczyn, stosowali autorzy wlewanie 100—300 cm.^{3} oliwy z 5—10% dodatkiem gomenolu.

Wyniki, które osiągnęli autorzy dotychczas w 9 przypadkach gruźlicy płuc z niedającemi się lub tylko z trudem dającemi się usunąć

zrostami, były wyjątkowo pomyślne, być może, szczęście akurat sprzyjało autorom.

Jest rzeczą jasną, że nie należy żądać od metody więcej, niż może ona dać, i że koniecznym jest dobór odpowiednich przypadków.

Nie każde samoistne zapalenie opłucny pociąga za sobą automatycznie poprawę; dotyczy to tembardziej sztucznie wywołanego zapalenia opłucny, nad którem jednak łatwiej nam panować. Liczyć się należy z nieszczęśliwemi przypadkami, w których może nastąpić powstanie zmian w drugiem płucu. Autorzy nie sądzą, by z tego względu należało zarzucać tę metodę.

Tem niemniej pozostaje faktem dowiedzionym, że metoda okazała się prostą i niewinną, jako środek pomocniczy w leczeniu uciskowem. Wywołuje ona często pomyślne następstwa w przebiegu odmy sztucznej, której wyniki kliniczne były do tej pory niewystarczające; wyrażają się one bądź bezpośrednio w odkażeniu plwociny, bądź pośrednio w rozciąganiu zrostów opłucnowych, które w ten sposób stają się odpowiedniemi do przyżegania wewnątrz-opłucnowego; metoda ta zawsze wywiera zapobiegawcze działanie odkażające, nie dopuszczając do ciężkich lub ropnych zapaleń opłucny.

J. A. Czekanow. **Częściowa torakoplastyka górna** (Borba s tuberkuljozom Nr. 12,1934).

W przypadkach odosobnionej jamy w górnym płacie przy braku zmian ogniskowych w płacie środkowym i dolnym wprowadzono operację częściowej torakoplastyki górnej. Górna torakoplastyka jest szczególnie wskazana w przypadkach, w których jest odma sztuczna, uciskająca dolne części płuc, lecz pozostawiająca nieuciśniętą jamę w górnych częściach spowodu płaszczyźnianych lub krótko powrózkowatych zrostów. Od r. 1929 *Jesipow* przeprowadził częściową torakoplastykę górną, w tem w 23 przypadkach przeprowadzono operację w obecności częściowej odmy sztucznej po tej samej stronie. We wszystkich przypadkach pęcherz gazowy rozmaitej wielkości umiejscawiał się wdole, uciskając tylko dolne części płuca, w 12 przypadkach przeprowadzono plastykę górną jako samodzielną operację, w 3 istniała po przeciwnej stronie niewielka odma sztuczna. Wszyscy operowani chorzy spędzali w jednakowy sposób okres operacyjny: nawpółsiedzące położenie, środki wykrztuśne (apomorfina); od pierwszego dnia po operacji zalecano chorym niepowstrzymywanie się od kaszlu, lecz w miarę możności odkasływanie plwociny i t. p. W 65% uzyskano znikanie prątków Kocha i włókien sprężystych w plwocinie, powrót zdolności do pracy. W 23 przypadkach częściowej torakoplastyki górnej z wycięciem pierwszych 4—7 żeber w obecności częściowej odmy sztucznej nie wystąpiło ani razu zachłystowe zapalenie płuc w uciśniętych dolnych częściach płuc, podczas gdy z 12 operacyj bez odmy sztucznej i 3 przypadków z odmą sztuczną po dru-

giej stronie trzy razy wystąpiło ciężkie zachłystowe zapalenie płuc.

Reasumując, można powiedzieć ,że częściowa torakoplastyka górna daje znakomite wyniki w znaczeniu uciśnięcia jamy w górnym płacie płuca. Związana ona jest z niebezpieczeństwem zachłystowego zapalenia płuc, wystąpienie którego nie jest wyłączone nawet przy uprzedniem wyrwania nerwu przeponowego, tylko obecność odmy sztucznej w dolnych częściach płuc, jak się zdaje, mu zapobiega.

W. Ludwik i F. Schneider. **W sprawie kliniki doustnego leczenia cebulą morską** (Klinische Wochenschrift Nr. 5, 1935).

Doustne podawanie cebuli morskiej (Scilla maritima) zasługuje ze względu na szczególne właściwości glikozydów cebuli na samodzielne stanowisko w leczeniu nasercowem; największa przeszkoda do doustnego stosowania cebuli morskiej, silne zaburzenia żołądkowo-jelitowe, została, praktycznie rzecz biorąc, usunięta w scilloralu.

Wchłanianie się cebuli, jak wykazały doświadczenia na zwierzętach z surowym produktem i Scilloralem, jest bardzo dobre. Stosunek współżylnej do jelitowej dawki śmiertelnej wynosi 1:5.

W dawkowaniu należy uwzględniać fakt, że działanie glikozydów cebuli szybko ustaje. Z dobrego wchłaniania się w jelitach i szybkiego ustępowania działania wynika łatwość prowadzenia leczenia Scilloralem, która pozwala przenieść do pewnego stopnia czułość współżylnego leczenia strofantyną na doustną metodę leczenia.

P. Prenschoff. **Przyczynek do rozpoznawania raka przełyku.** (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1935).

Rozpoznawanie raka przełyku stawia się przeważnie na podstawie badania rentgenowskiego. Ażeby rozpoznać w porę rzeczywisty proces patologiczny w przełyku w razie niecharakterystycznych zaburzeń połykowych, nie wystarcza obserwacja mechanizmu ześlizgiwania się pokarmu kontrastowego podczas aktu połykania przy prześwietlaniu, lecz dla niewątpliwej oceny rokowania i pomyślnych, względnie niepomyślnych wyników prowadzonego leczenia konieczne jest uwidocznienie na zdjęciu zmian chorobowych. Przy opanowaniu techniki badania możliwe jest uwidocznienie nawet na filmach małych rozmiarów kilku odcinków przełyku.

Na podstawie zdjęć seryjnych autor wykazuje, jak ważne i przekonywające mogą być wielekrotne badania rentgenowskie. U 52-letniego chorego, który od 6 tygodni uskarżał się na dolegliwości połykowe, pierwsze zdjęcie wyglądało, jak uchyłek wskutek pociągania (diverticulum e tractione). Dopiero po 4 zdjęciach seryjnych, wykonanych w odstępach 10 — 15 minutowych, udało się stwierdzić uwypuklenie w kształcie uchyłka wewnątrz krateru rakowego z ubytkami cieniowemi i nieostremi zarysami oraz przebiciem do drzewa oskrzelowego.

W. O. Thompson, Ph. K. Thompson, S. G. Taylor i L. F. N. Dickie. **Wpływ jednorazowej dużej dawki wysuszonej tarczycy wieprzowej na podstawową przemianę materji** (Archives of Internal Medicine t. 54. Nr. 6, grudzień 1934).

U pięciu chorych z obrzękiem śluzakowatym doustne podanie jednorazowej dawki wysuszonej tarczycy wywołało wzrost podstawowej przemiany materji przeciętnie z—37% do—15% i wytwarzanie przeciętnie nadmiaru 7,405 ciepłostek na każde 6,5 mgr. jodu.

U 4 chorych, u których przeprowadzano badania porównawcze, wynik cierplikowotwórczy doustnego podawania jednorazowej dużej dawki wysuszonej tarczycy wahał się w granicach od 59% do 97% (przeciętnie 76%) wyniku wśródżylnego podania jednorazowej dużej dawki tyroksyny, zawierającej taką samą ilość jodu, jeżeli porównanie przeprowadzano na podstawie zwiększenia się przemiany podstawowej, oraz od 50% do 69% (przeciętnie 60%), jeżeli porównanie odnosiło się do liczby nadmiernie wytworzonych ciepłostek.

U 3 chorych, u których przeprowadzono badania porównawcze, wzrost przemiany podstawowej, wywołany przez równie duże dawki wysuszonej tarczycy, wynosił 75% do 133% wzrostu, spowodowanego przez doustne podanie tyroksyny w rozczynie zasadowym w dawce, zawierającej taką samą ilość jodu.

Jeżeli porównać dane obecnych badań z wynikami poprzednio ogłoszonych okaże się, ze przeciętny wzrost przemiany podstawowej, wywołany przez doustne podanie jednosodowej soli tyroksyny, tyroksyny w rozczynie zasadowym i wysuszonej tarczycy, wynosi odpowiednio 22%, 63% i 69% wzrostu, spowodowanego przez wśródżylne wstrzyknięcie tyroksyny. Jeżeli jako sprawdzian przyjąć nadmiar wytworzonych ciepłostek odpowiednie liczby będą wynosiły 18%, 58% i 48%.

G. Ławskij. **Etjologja, patogeneza i leczenie ostrego gośćca stawowego salicylanem sodowym a zdolność do pracy.** (Sowietskaja Klinika, t. Nr. 115—116/1935).

Duże dawki (10 gr. dziennie) salicylanu sodowego wywołują zazwyczaj spadek krytyczny ciepłoty w drugim lub trzecim dniu, ustępowanie bólów w piątym lub szóstym dniu leczenia. Wyleczenie kliniczne następowało w 10—15 dniu,chorzy wypisywali się ze szpitala w 20—30 dniu leczenia.

U pewnych chorych duże dawki salicylanu sodowego wywoływały objawy zatrucia w postaci bicia serca i bólów w okolicy serca, zawrotów głowy, nudności i wymiotów.

Efektowność tej metody leczenia wyrażała się w znacznem zmniejszeniu się liczby dni, spędzonych w łóżku, i szybszym powrocie zdolności do pracy.

Małe dawki salicylanu sodowego częściej prowadzą do przejścia ostrej postaci gośćca stawowego w postaci podostrą i przewlekłą, które przyjmują charakter przeciągający się i długotrwały.

W postaciach podostrych i przewlekłych gośćca stawowego salicylany zupełnie nie pomagają tak, że trzeba się uciekać do innych metod leczenia.

Autor zaleca podawanie dużych dawek salicylanów, już począwszy od pierwszego dnia choroby.

Samo tylko leczenie bez stosowania odpowiednich metod postępowania zapobiegawczego (usuwanie próchniczych zębów, migdałków, zmienionych zapalnie i t. p.) nie zabezpiecza przed nawrotami, które często powodują utratę zdolności do pracy i inwalidztwo.

A. May. **O naszych doświadczeniach z detoksyną w zakażeniach kryptogenetycznych.** (Therapie der Gegenwart Nr. 1, styczeń 1935).

W leczeniu zakażeń kryptogenetycznych okazuje detoksyna (Detoxin firmy Johann A. Wuel fing, Berlin SW 68), wstrzykiwana wśródżylnie w dawce 10 cm^3. dziennie cenne usługi. O tem, że jej sposób działania jest bardziej niż objawowy, świadczy pomyślny jej wpływ na stan ogólny i cofanie się objawów zapalnych (gorączka, liczba białych ciałek krwi, szybkość opadania czerwonych ciałek krwi)!

Autor sądzi, iż miał prawo zwrócić uwagę na pomyślne działanie detoksyny właśnie w zakażeniach kryptogenetycznych, gdyż nasz rynsztunek w walce ze wszelkiemi zakażeniami nieznanego pochodzenia i etjologji jest stosunkowo ograniczony. Właśnie tam, gdzie wiele innych preparatów, zwłaszcza koloidalne połączenia srebrowe, oraz leczenie surowicą zawiodły, spostrzegał autor czasami pewne uderzające wyniki po detoksynie. Rzecz zrozumiała, i niema potrzeby podkreślać tego, w pewnych przypadkach spotkał autora zawód, gdyż i zapomocą detoksyny nie udało się nic osiągnąć.

S. M. Goldhamer, F. H. Berthell, R. Isaacs i CC. Sturgis. **Zmiany neurologiczne w niedokrwistości złośliwej.** (Journ. Amer. Medic. Associat. t. 103, Nr. 22, grudzień 1934).

Autorzy przeprowadzali szczegółowe badanie neurologiczne w 461 przypadkach niedokrwistości złośliwej i obserwowali wpływ rozmaitych metod leczenia przeciwniedokrwistościowego na objawy nerwowe.

Objawy kliniczne zmian w powrózkach rdzeniowych stwierdzono w 89,2% przypadków, objawy zaś mózgowe — w 64%.

Niezależnie od rodzaju skutecznego leczenia przeciwniedokrwistościowego poprawę objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego spostrzegano w mniej niż 50% przypadków, a cofnięcie się ich w około 2% przypadków.

Stosowanie środków przeciwniedokrwistościowych w wystarczających ilościach nie wywiera zatem swoistego wpływu leczniczego na zwyrodnienie powrózków rdzeniowych, lecz jedynie pośrednio przyczynia się do poprawy objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego.

Podczas gdy u osób młodszych można, jak się zdaje, stawiać lepiej rokowanie, płeć i czas trwania choroby nie posiadają większego znaczenia. U rozmaitych osobników spostrzegano duże wahania indywidualne w przebiegu schorzenia; klinicznie można odróżniać typy powolne i szybkie.

Powikłania tego typu, jak: zakażenia dróg moczopłciowych, owrzodzenia troficzne i zapalenie płuc, występujące łącznie z wyraźnem zwyrodnieniem ośrodkowego układu nerwowego, stanowią zazwyczaj objawy złego rokowania.

B. P. Szwedskij. **Rola krwotoku w powstawaniu niedokrwistości pokrwotocznych.** (Terapewticzeskij Archiw t. VII, z. 6, 1934 r.).

Upływ krwi, będący istotnym czynnikiem anemizacji, wykazuje swe działanie tylko w obecności określonych warunków, do których zaliczyć należy następujące:

a) umiejscowienie krwawienia i charakter procesu zasadniczego;

b) istnienie przebytych przez chorego ciężkich zakażeń i zatruć, atakujących w ten lub inny sposób układ krwiotwórczy;

c) połączenie utraty krwi z tem lub innem powikłaniem.

Trwała anemizacja typu pokrwotocznego jest w ostatecznym wyniku następstwem niewydolności regeneracyjnej narządów krwiotwórczych.

Regeneracja krwi jest uwarunkowana przez wzajemne oddziaływanie dwóch czynników:

1) stanu szpiku kostnego i amplitudy jego czynności wytwórczej,

2) metody naszego zadziałania leczniczego.

Regeneracja krwi przejawia się jednocześnie w ramach określonego wieku, płci i konstytucji.

Możliwość przejścia ostrej niedokrwistości w przewlekłą zależy nietyle od faktu trwającej utraty krwi, ile od stopnia regeneracyjnego wyrównania szpiku kostnego (jego czynności).

Istnienie stałej nieprzerwanej utraty krwi z krótkiemi tylko przerwami może doprowadzić w pewnych warunkach szpik kostny również w przypadkach niedokrwistości pokrwotocznych do zahamowania czynności czasami z opóźnieniem się syntezy hemoglobiny w stosunku do wytwarzania czerwonych ciałek krwi i opóźnieniem się rozwoju białych elementów krwi w stosunku do czerwonych. Wynika z tego często spostrzegany fakt zmniejszania się wskaźnika barwnikowego i leukopenji w przypadkach ciężkich postaci niedokrwistości.

Odwrotnie z tego samego powodu ostre niedokrwistości przebie-

gają wśród objawów o wiele słabiej wyrażonych zmian obrazu krwi i częściej i szybciej powracają do pełnowartościowego składu krwi, niż przewlekłe.

W. M. Kogan-Jasnyj. **Co dała klinice nauka o lizatach?** (Kliniczeskaja Medicina t. XII, Nr. 11--12, 1934),

Zastosowaniu lizatoterapji w klinice zaszkodziła niewątpliwie w początkach jej rozwoju próba wprowadzenia jej we wszystkich schorzeniach oraz metoda tajemniczości zarówno w stosunku do sposobu przygotowania lizatów, jak i do stosowania ich.

Należy uważać za niewątpliwe, że lizatoterapja stanowi nader czynną metodę leczenia. Pierwszego okresu poszukiwań w dziedzinie stosowania rozmaitych kombinacyj polilizatów nie można bynajmniej uważać za zakończony, nosi on wciąż jeszcze charakter empiryzmu, co będzie trwało tak długo, aż teoretyczno-doświadczalne rozumowanie, współpracując z klinicznem, nie położy trwałych podstaw pod stosowania leczenia patogenetycznego, t. j. przyczynowego. Najbardziej zachęcające wyniki stwierdza się dotychczas w obrzęku śluzakowatym (myxoedema), niemocy płciowej, braku miesiączki i zgorzeli samoistnej, jeżeli chodzi o dziedzinę zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, w schorzeniach woreczka żółciowego (cholecystopathiae), żołądka (gastropathiae), stawów (arthropathiae) oraz po części w chorobach zakaźnych (grypa), jeżeli chodzi o choroby wewnętrzne.

Zupełnie nieracjonalnem, a nawet szkodliwem jest stosowanie lizatoterapji w klinice moczówki cukrowej, w której leczenie insuliną pozostaje nadal głównym środkiem pomocniczym dla racjonalnie prowadzonej djety; bezwzględnie przeciwwskazaną jest lizatoterapja w chorobie *Basedowa*, gdyż odkładanie czasami z tego powodu operacji stanowi przyczynę całego szeregu powikłań (niedomoga serca i t. p.), a także w moczówce prostej (diabetes insipidus). Niedopuszczalnem jest stosowanie lizatoterapji w chorobach nerek (nephroso-nephritis), gdyż pochodne białkowe pobudzają niewątpliwie przemianę białkową i potęgują zatrzymanie w ustroju niedopałków białkowych, wywołując czasami nawet mocznicę z zejściem śmiertelnem.

Wynika z tego jasno, że należy ustalić jak najszybciej ścisłe wskazania, a zwłaszcza przeciwwskazania do stosowania lizatoterapji.

Autor uważa za cenną myśl o wprowadzeniu lizatoterapji do kliniki tak, że powitać należy szerokie i otwarte badania nad zagadnieniem lizatów zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak w klinice z zastosowaniem tak analizy, jak i syntezy.

Rocmar. **Działanie kwasu mlecznego i choliny w kwaszonej kapuście**. (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 16, 1935).

Autor przytacza przypadek dychawicy oskrzelowej, trwającej od 11 lat. Dopiero od chwili, kiedy chory zaczął stosować djetę roślinną,

przyczem spożywał duże ilości kapusty kwaszonej z cebulą i czosnkiem, napady stały się rzadsze, od roku zaś całkowicie ustąpiły.

W drugim przypadku chory cierpiał na zaparcie stolca, dolegliwości gośćcowe i rwę kulszową, która się nie poprawiała ani pod wpływem preparatów salicylowych, ani bud elektrycznych, kąpieli borowinowych i solankowych, ani mięsienia. Wskutek rwy kulszowej chory musiał leżeć w łóżku, przyczem wstrzykiwania yatrenu nie dały żadnego wyniku. Chory zaczął sam przeprowadzać kurację kapuścianą, spożywając dziennie 1/2 kg. i więcej kwaszonej kapusty. Pod wpływem dwumiesięcznej kuracji ustąpiło całkowicie zaparcie stolca i rwa kulszowa.

Wspólną cechę obu przypadków stanowi fakt całkowitego przestrojenia organizmu pod wpływem kuracji kapuścianej. Jasnem jest, że w drugim przypadku kuracja usunęła cierpienie podstawowe, t. j. przewlekłe zaparcie stolca, z jego następstwami dzięki mechanicznemu działaniu bogatej w błonnik kapusty kwaszonej oraz niewątpliwemu działaniu zawartego w kapuście kwaszonej kwasowi mlecznemu na przemianę materji.

W pierwszym przypadku działanie kapusty kwaszonej można tylko w ten sposób wytłumaczyć, że ogólne przestrojenie organizmu znacznie osłabiło w pierwszym rzędzie schorzenia nieżytowe w ich działaniu, wywołującem napady dychawicy, tak że później nie mogły one wogóle wywołać napadu.

PEDJATRJA.

P. Nobecourt. **Leczenie ostrych odoskrzelowych zapaleń płuc u niemowląt.** (Gaz. des Hôpit. Nr. 85/1933).

Autor omówił różne sposoby leczenia fizykalnego i farmaceutycznego w zapaleniach odoskrzelowych płuc u niemowląt. Jako środek, zastępujący kamforę, zapisywał bardzo często Coraminę. Jest ona nieszkodliwa, a przytem wpływa dodatnio na oddychanie, wzmacnia czynność serca i pobudza układ nerwowy. Podaje się *doustnie pro die* następujące ilości, rozdzielone na poszczególne dawki: do 1-go miesiąca 2 — 10 kropel, 2 — 7 miesięcy 6—20 kropel, 8 mies. do 5-ciu 8 — 30 kropel.

I. Meisel. **Gruźlicze zapalenie osierdzia u dzieci.** (Borba s tuberkulosom Nr. 11/1934).

Pod względem częstości gruźlica serca zajmuje jedno z ostatnich miejsc. Gruźlicze schorzenia osierdzia spotyka się częściej, niż gruźlica wsierdzia i mięśnia sercowego. Gruźliczemu schorzeniu osierdzia towarzyszą objawy gruźlicy ze strony innych narządów.

Rozpoznanie wysiękowego gruźliczego zapalenia osierdzia stawia się na podstawie objawów wysięku w worku osierdziowym i objawów

ogólnej gruźlicy. Badanie rentgenowskie jest szczególnie cennem w stawianiu rozpoznania wysiękowego gruźliczego zapalenia osierdzia.

W wysiękowem gruźliczem zapaleniu osierdzia konieczne jest usunięcie płynu z worka osierdziowego, chociaż niewyłączone jest samoistne wessanie się płynu. Wessanie się płynu w wysiękowem gruźliczem zapaleniu osierdzia nie rozstrzyga o całkowitem wyleczeniu chorego.

W suchem gruźliczem zapaleniu osierdzia wymiary serca nierzadko nie są powiększone, zaś rozpoznanie stawia się głównie na podstawie powiększenia wątroby i istnienia ogólnych objawów gruźlicy. W suchem gruźliczem zapaleniu osierdzia objawy ze strony serca przejawiają się w słabem uderzeniu koniuszkowem, uwypuklaniu się okolicy serca, głuchych tonach, skurczowem zapadaniu się klatki piersiowej w okolicy uderzenia koniuszkowego, braku przemieszczenia uderzenia koniuszkowego przy zmianie położenia chorego. Badanie rentgenowskie niezawsze daje dodatnie wyniki w suchem gruźliczem zapaleniu osierdzia.

Wkroczenie chirurgiczne nie okazuje w suchem gruźliczem zapaleniu osierdzia wpływu na przebieg procesu.

Tętno paradoksalne nie jest bezwzględnym dowodem schorzenia osierdzia.

Gruźlicze zapalenie osierdzia często łączy się z gruźliczem zapaleniem otrzewny. W gruźliczem zapaleniu osierdzia nierzadko spostrzega się wysiękowe zapalenie opłucny, które nosi przytem charakter obustronny.

A. S. Lérine. **W sprawie zapobiegania odrze zapomocą surowicy dorosłych.** (Revue française de pédiatrie t. X, Nr. 6/1934).

Uodparnianie przeciwko odrze zapomocą wstrzykiwania surowicy dorosłych, będąc pewnym środkiem przeciwko odrze, jest jednocześnie czynnikiem, zmniejszającym śmiertelność wśród dzieci i chroniącym dziecko przed rozmaitemi powikłaniami, a przedewszystkiem przed zakażeniem gruźliczem, występującem tak często po odrze.

Zagadnienie zapobiegania odrze jest nader ważnem z punktu widzenia oszczędności funduszów ubezpieczeń społecznych i przemijającej utraty zdolności do pracy.

U. Gruenihger. **W sprawie skuteczności surowicy przeciwbłoniczej** (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1935).

Autor rozpatruje krytycznie materjał, który przytoczył *Zischinsky* w swej pracy „Endemja błonicy ostatnich lat w Wiedniu", a który obejmuje 7995 przypadków, w czem 937 przypadków ciężkiej błonicy. Z tego tylko 35 przypadków, a więc 0,43%, przebiegało ciężko, chociaż zastosowano w nich w pierwszym dniu choroby surowicę przeciwbłoniczą. Z tego zmarło 12 dzieci (=0,15%), które otrzymały w pierwszym dniu surowicę. Fakt ten potwierdza dawne spostrzeżenia, że występowanie błonicy, która już wcześnie (pierwszego dnia) staje się toksyczną,

należy do rzadkich wydarzeń. Większość śmiertelnie przebiegających przypadków błonicy umiera wskutek tego, że otrzymuje zbyt późno surowicę przeciwbłoniczą.

Ze spostrzeżeń Zischinsky'ego nie można bynajmniej wyciągnąć wniosku, ażeby stosowanie surowicy przeciwbłoniczej było zawodne jego wybitnie ujemny sąd o surowicy przeciwbłoniczej jest nieuzasadniony.

Własne spostrzeżenia autora, poczynione zarówno w praktyce prywatnej, jak i w szpitalu, stwierdzają skuteczność surowicy przeciwbłoniczej, jeżeli podać ją w porę, w prawidłowy sposób i w należytej ilości.

Uzupełnienie leczenia swoistego surowicą przeciwbłoniczą leczeniem nieswoistem w postaci wśródżylnych przetaczań krwi rokuje duże nadzieje na przyszłość.

CHIRURGJA.

G. Métivet. **Co chirurgja powinna czynić i czego niewolno jej robić w leczeniu ognisk zapalnych?** (Bulletin Générale de Thérapeutique t. 185, Nr. 9, 1934).

Każde ognisko zapalne przechodzi przez trzy okresy:

1) okres przedzapalny, odpowiadający okresowi osiedlania się drobnoustrojów w ognisku;

2) okres zapalny w ścisłem tego słowa znaczeniu: okres walki miejscowej między organizmem a drobnoustrojami chorobotwórczemi;

3) okres pozapalny, cechujący się bądź wchłanianiem się ogniska zapalnego, bądź jego zropieniem (powstała ropa może się opróżnić albo wessać).

Chirurg skłonny jest do wkraczania w każdym z tych trzech okresów (przedzapalnym, zapalnym i pozapalnym). Lecz jeżeli ma on uzasadnioną nadzieję wyświadczenia przysługi choremu, wkraczając w okresie pierwszym lub trzecim, naraża on chorego na pogorszenie stanu lub wręcz na śmierć, wkraczając w drugim okresie.

W pierwszym okresie zapalenia jeszcze nie „rozgorzało", — nie wytworzyły się jeszcze miejscowe czynniki obronne, drobnoustroje są jeszcze umiarkowanie zjadliwe. Chirurg może i powinien usunąć drobnoustroje zakażające i tkanki, będące dla nich podłożem (wycięcie wąglika, usunięcie wyrostka robaczkowego w pierwszych godzinach napadu, wycięcie zmiażdżonych tkanek i skrzepów krwi w ukrytych ogniskach pourazowych).

W trzecim okresie chirurg może, a nawet często powinien usunąć bez pośpiechu wytworzoną ropę (otwarcie ropnia wyrostkowego, wycięcie zropniałego wąglika, sączkowanie zbiorników ropy, powstałych w zakażonem ognisku pourazowem).

Wkraczać w okresie zapalnym to znaczy zawsze wywołać wysiew zakaźny, a czasem zabić chorego. Tkanki, znajdujące się w pewnej

odległości od ogniska, które muszą ulec przecięciu, są tkankami normalnemi; miejscowych czynników obronnych, zorganizowanych w postaci przegrody dokoła ogniska, niema w pewnej odległości od niego. Drobnoustroje są wówczas bardzo zjadliwe. Wszczepienie tych zjadliwych zarazków wzdłuż drogi noża chirurgicznego, które jest nieodzowne po nacięciu ogniska, stanie się przyczyną mniej lub bardziej ciężkich powikłań.

Ropowica pierwotnie rozlana świadczy o dużej zjadliwości zarazków lub średnim stanie ogólnym chorego; ropowica wtórnie rozlana jest następstwem nieszczęśliwego wkroczenia w pełni okresu zapalnego.

W każdym okresie ogniska zapalnego, a zwłaszcza w drugim okresie wskazane jest leczenie wilgotnem ciepłem, odpowiednio zastosowanem. Niewolno zaniedbywać metod leczenia ogólnego: stosować należy szczepionki, środki krzepiące, moczopędne, przeczyszczające, upusty krwi miejscowe i ogólne. Lecz wilgotne ciepło, właściwie zastosowane, czyni cuda. Obfite ciepłe przepłukiwania pochwowe, ciepłe kąpiele, rozległe kataplazmy z siemienia lnianego, stanowią znakomity oręż dla tego, kto się nim umie posługiwać. Nigdy nie powodują one rozsiania się zakażenia, zawsze przynoszą ulgę, bardzo często prowadzą do wessania się ogniska zapalnego.

Reasumując, wkraczanie krwawe w stosunku do ogniska, będącego w pełni okresu zapalnego, pociąga zawsze wysiew zakaźny, a czasami śmierć chorego.

Wilgotne ciepło, w odpowiedni sposób zastosowane, leczy wiele ognisk zapalnych, wymagających na pierwszy rzut oka wkroczenia chirurgicznego.

F. Bruening. **Pierwsza pomoc lekarska w ranach spowodowanych przez nieszczęśliwe wypadki.** (Die erste aerztliche Behandlung von Unfallwunden). — Fortschritte der Therapie Nr. 11/1934 r.

Autor porusza trzy ważne dla tego zagadnienia momenty, a mianowicie: 1) ***wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej***, 2) ***pierwotnego wycięcia rany z następowem jej zeszyciem***, 3) ***bezwzględnego spokoju w postępowaniu pooperacyjnem.***

Na podstawie doświadczeń wojny światowej we wszystkich przypadkach ran, zanieczyszczonych ziemią, brudem ulicznym, odłamkami drzewa z podłóg i t. p., obowiązani jesteśmy wstrzykiwać surowicę przeciwtężcową. Wyjątek stanowią zranienia w kopalniach, gdyż w głębi ziemi brak jest prątków tężca. Jedyną szkodę, jaką mogą w poszczególnych przypadkach wyrządzić wstrzykiwania, stanowi osutka posurowicza. Może ona być z pewnością przykrą; jeżeli, jednak uwzględnić fakt, że wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej zapobiega z bezwzględną pewnością wybuchowi tężca, niewolno się wahać w przypadkach ran, zagrożonych zakażeniem, przed wstrzykiwaniem surowicy. Dotyczy to

zwłaszcza zawodów, związanych z pracą na ziemi nawożonej, przedewszystkiem rolników i ogrodników.

Pierwotne wycięcie rany z następowem jej zeszyciem opiera się na spostrzeżeniu, że wycięcie rany przed upływem 6 godzin od chwili wprowadzenia materjału zakaźnego do świeżej rany umożliwia usunięcie zakażenia, zaś nowa rana po zeszyciu goi się przez rychłozrost bez odczynu zapalnego. Ten sposób postępowania jest szczególnie wskazany w ranach szarpanych i tłuczonych, w których wyniki są bardzo dobre.

Metoda ta polega na następującem: najpierw oczyszcza się ranę i jej otoczenie od widzialnych gołem okiem zanieczyszczeń. Skórę otoczenia odkaża się nalewką jodową lub spirytusem tymolowym. Znieczulenie osiąga się przeważnie zapomocą miejscowego wstrzykiwania nowokainy dokoła rany. Następnie obcina się czysto ranę dokoła w odległości 2 mm. od brzegu skóry rany w ten sposób, że usuwa się skórę i tkankę podskórną. Również wgłębi rany wycina się czysto wszystkie cząstki tkankowe zanieczyszczone lub uszkodzone w swej żywotności wskutek zmiażdżenia. To samo dotyczy pochewek ścięgnistych i torebek stawowych. Wycięcie musi być bezwzględnie jak najdokładniejsze. Unikać należy starannie pozostawiania w ranie jakichkolwiek ciał obcych, np. ziarenek piasku.

Gdy ranę gruntownie oczyszczono zapomocą wycięcia, można przystąpić do pierwotnego szwu skóry. Celowem jest przytem nienakładanie zbyt ciasnych szwów, ażeby ewentualne następowe krwawienie i surowica rany mogły się opróżniać nazewnątrz pomiędzy szwami, oraz ażeby uniknąć napięcia tkankowego, posiadającego doniosłe znaczenie dla zakażenia.

Równie ważne znaczenie, jak czysta technika przy wycinaniu rany, ma postępowanie pooperacyjne. Najdonioślejszym momentem jest *spokój*. W parze z tem iść musi ścisła obserwacja chorych i dokładne mierzenie ciepłoty, ażeby ewentualne wystąpienie zakażenia nie mogło ujść uwagi lekarza, i można było zastosować w porę odpowiednie zabiegi.

Bezwzględny spokój uważa autor za tak ważny, że należy go zapewnić choremu wszelkiemi możliwemi sposobami. Unikać należy przez zupełne wyłączenie ruchów przesuwania poszczególnych warstw tkankowych względem siebie.

Wyniki tej nowej metody postępowania są oczywiście tem lepsze, im wcześniej się je rozpocznie. Najlepsze wyniki osiąga się wtedy, gdy leczenie rozpoczęto przed upływem 6—8 godzin od powstania rany, lecz nawet i później udaje się osiągnąć dobre wyniki.

Chory z pierwotnym szwem rany wymaga stałej kontroli lekarskiej; dlatego też metoda ta może liczyć na szersze zastosowanie tylko w czasach pokojowych, kiedy powinno stanowić normalny i zasadniczy sposób postępowania, wyjątkowo tylko podczas wojny. Przy tej metodzie postępowania obniżyła się w statystyce autora śmiertelność wskutek

zakażeń rannych z 1,6% do 0,8%, a zatem spadła o połowę. Gojenie się rany przez rychłozrost stwierdzono w 73% przypadków, w ranach dłoni i palców łącznie z uszkodzeniem kości i stawów nawet w 91%, w porównaniu z 48% w otwartem leczeniu ran z odkażającemi przemywaniami.

Obok zalet dla rannych, które polegają na uniknięciu ropienia z jego powikłaniami, zmniejszeniu się niebezpieczeństwa śmierci i ogromnem skróceniu czasu leczenia, metoda ta oznacza duże odbarczenie dla ubezpieczeń społecznych ze względu na obniżenie kosztów leczenia szpitalnego i zmniejszenie wszelkich rent.

A. J. Gardham. **Stosowanie uśpienia eterowego w wycięciach żołądka.** (Schweizerische medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1935 r.).

Autor omawia uśpienie eterowe i jego następstwa w operacjach w zakresie górnej części jamy brzusznej. W 50 przypadkach wycięcia żołądka stosowano jako środek znieczulający tylko eter. W związku z operacją zmarło 3 pacjentów.

Wśród 50 przypadków wystąpił 9 razy po operacji mniej lub bardziej ciężki nieżyt oskrzeli. Jeden chory zmarł po wypisaniu ze szpitala wskutek ropnia płuc, powstałego w następstwie zapalenia płuc.

Niedawno przed operacją przebyte zakażenie dróg oddechowych stanowi bezwzględne przeciwwskazanie do uśpienia eterowego. Starszych chorych z klasy robotniczej należy przez kilka dni przed operacją pozostawiać w łóżku. Palenie podlega bezwzględnemu zakazowi. Uwzględniać należy ogólny stan chorych. Sztywna klatka piersiowa i sine zabarwienie skóry wymagają uprzedniego leczenia. Na szczególną uwagę zasługują zagazowani podczas wojny. Nie należy operować chorych z zakaźnemi zmianami zębów. Nietylko zęby muszą być w dobrym stanie, lecz i dziąsła nie powinny wykazywać żadnych zmian zapalnych, inaczej może powstać po operacji ropień płuca. Uwzględniać należy fakt, że wiosna i jesień z ich chorobami przeziębieniowemi są niewskazane do operacji.

Uśpienie powinien przeprowadzać doświadczony narkotyzer. Można je rozpoczynać od wziewań gazu rozweselającego. Przed rozpoczęciem operacji musi ustalić się spokojny głęboki oddech. Jeżeli operator wymaga szczególnego ułożenia chorego, to zmianę uskuteczniać należy dopiero po ustaleniu się głębokiego uśpienia. Operator musi się wystrzegać zarówno powierzchownego oddechu, jak też zupełnego zwiotczenia zbyt głęboko uśpionego chorego. Zwłaszcza ten ostatni fakt bywa przyczyną wstrząsu pooperacyjnego, a prawie zawsze pociąga za sobą pooperacyjny nieżyt oskrzeli. Co do ilości zużytego eteru, powinna ona być raczej wystarczająco duża, aniżeli za wszelką cenę dążyć do jak najmniejszego zużycia środka usypiającego.

W postępowaniu pooperacyjnem ważną jest pomoc doświadczonej pielęgniarki. W razie nieżytu oskrzeli, chory winien odkasływać plwocinę, by nie gromadziła się ona w drogach oddechowych. Jeżeli występują objawy zastoju wydzieliny, należy podawać środki wykrztuśne, które autor podaje chorym z nadmiernie obfitem wydzielaniem przez czas dłuższy.

L. Sinn. **O leczeniu połogowego zapalenia gruczołu piersiowego własną krwią.** (Muenchener medizinische Wochenschrift Nr. 4, 1935).

Jak wynika z doświadczeń autora, wśródpośladkowe wstrzyknięcie własnej krwi chorej w połączeniu z leczeniem fizykalnem (wysokie podwiązanie piersi, trzymanie pęcherza z lodem na piersiach) przerywa rozpoczynające się ostre połogowo zapalenie gruczołu piersiowego (mastitis puerperalis) oraz w odpowiedniem dawkowaniu przyśpiesza prawdopodobnie procesy gojenia się w podostrem i przewlekłem zapaleniu tego gruczołu.

GINEKOLOGJA.

E. Weber. **Evipan-Natrium w położnictwie i ginekologji.** (Revue française de Ginécologie et d'Obstétrique Nr. 12, grudzień 1934).

Jeżeli przestrzegać ściśle techniki i przeciwwskazań, uśpienie evipanowe stanowi metodę, zasługującą na zalecanie również w ginekologji i położnictwie. W porównaniu z uśpieniem inhalacyjnem przeostawia ono następujące zalety: prostota stosowania, szybkość działania, oszczędzanie psychiczne chorej, brak okresu podniecenia na początku usypiania i rzadkość jego występowania w chwili budzenia się, brak ślinotoku i nadmiernego wydzielania narządów oddechowych, rzadkość zaburzeń pooperacyjnych, wymiotów i bólów głowy.

Evipan wydaje się przedewszystkiem idealnym środkiem dla krótkotrwałych zabiegów, dając jednak możność przeprowadzenia uśpienia długotrwałego i kombinowanego. W położnictwie przewyższa on, jak się zdaje, inne środki usypiające w zabiegach w okresie pracy porodowej, lecz oddalonym jeszcze od chwili wydalania płodu i odwrotnie, evipan nie jest wskazany do znieczulenia położniczego tam, gdzie nie ma się na celu uśpienia całkowitego.

P. Tolstow. **Rzekomo złośliwa niedokrwistość jako toksykoza ciążowa** (Żurnał Akuszerstwa i Żenskich Bolieznie j t. XIV, z. 6, 1934).

Wczesne rozpoznanie niedokrwistości w ciąży daje lepsze widoki wyleczenia, dlatego też poleca autor zwracanie uwagi na obraz krwi przy badaniu ciężarnych.

W przypadkach, podejrzanych, na niedokrwistość ciążową, należy badać treść żołądkową. Przetaczanie krwi u ciężarnych zaleca się wy-

konywać w małych ilcściach, nieprzekraczających 200 cm.^{3}, gdyż większe dawki wywołują burzliwy odczyn w ustroju, któremu towarzyszy podniesienie ciepłoty, co może się podczas ciąży ujemnie odbić na ustroju.

Preparat „Gastrokrin" (żołądkowy), podawany 3 razy dziennie w dawce 10 gr., oraz Acid. muriatic. dilutum, podawany 3 razy dziennie po 5 kropel na gotowanej wodzie, wykazują znakomite działanie w niedokrwistości.

Przerywanie ciąży w rzekomo złośliwej niedokrwistości nie jest wskazane, biorąc uwagę późne występowanie niedokrwistości (nie później niż w piątym miesiącu ciąży) i jej pomyślny przebieg. Wszystkie radykalne środki mogą wywrzeć ujemny wpływ na chorą.

Wytrzebienie czasowe lub trwałe na podstawie danych piśmiennictwa nie okazuje się wskazanem, gdyż nawrotów podczas następnych ciąży nie spostrzegano.

Organicznych zmian w sercu, przemawiających za jego wadą, nie stwierdzono. Szmery i powiększenie wymiarów serca stanowią następstwa przemijającej jego niedomogi czynnościowej.

A. M. Webll. **Posocznice połogowe, wywołane przez bacillus perfringens.** Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie Nr. 10, grudzień, 1934).

Najczęstszą przyczyną posocznic, wywołanych przez bacillus perfringens są powikłania, mogące zajść podczas ciąży lub porodu, lecz częściej jeszcze poronienia, a zwłaszcza poronienia sztuczne.

Symptomatologja tych posocznic jest nadzwyczaj charakterystyczna. Cechują się one żółtaczką, która się nasila z godziny na godzinę, hemoglobinurję, hemolizą krwi (lakowata krew), przyśpieszeniem oddechu (polypnoe). Posocznica ta ma przebieg bardzo szybki, rokowanie jest jak najgorsze, gdyż kończy się ona przeważnie zejściem śmiertelnem.

W 6 przypadkach tej posocznicy stosowano wszelkie metody leczenia swoistego: surowicę przeciwko bac. perfringens, surowicę przeciwzgorzelinową, surowice wieloważne w ogromnych ilościach, z chwilą zaś pojawienia się żółtaczki obok tego rozczyn fizjologiczny soli kuchennej i cukru gronowego, płyn Ringera ze środkami nasercowemi, ażeby podtrzymać stan ogólny chorych i serce.

Ażeby wzmóc siły obronne ustroju, u dwuch chorych założono ropnie fiksacyjne. W jednym przypadku nie przyszło do ropienia, lecz w miejscu wstrzyknięcia wytworzyły się pęcherzyki, których płyn zawierał bac. perfringens.

Autor stosował również zabiegi chirurgiczne, a mianowicie: opróżnienie macicy zapomocą wyłyżeczkowania, które ma sens wtedy, gdy zmiany są jeszcze umiejscowione, w okresie przedposoczniczym. Wykonano je w trzech przypadkach bez powikłań, lecz również bez wyniku. Zabieg ten należy wykonywać bardzo ostrożnie, gdyż macica, nacieczo-

na gazem, jest bardzo krucha i ulega rozerwaniu przy najmniejszym ucisku lub pociąganiu.

Dwa razy wykonano wycięcie macicy drogą pochwową (hysterectomia vaginalis), w trzecim przypadku prawie całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (hysterectomia subtotalis abdominalis).

U jednej wreszcie chorej z oddechem *Cheyne-Stokesa,* wymiotami, bólami głowy i zawartością mocznika we krwi, wynoszącą 507 mgr. %, zmuszony był autor do wyłuszczenia nerek z ich torebki (decapsulatio renum). Objawy mocznicowe wywołuje w tych razach wydalanie olbrzymich ilości drobnoustrojów i wysiew hemoglobinurji, spowodowany rozpadem czerwonych ciałek krwi, a uniedrażniający nerki, co pociąga za sobą mocznicę.

Pomimo tego energicznego leczenia nie udało się uratować żadnej chorej, które zmarły na trzeci, najpóźniej zaś na dziesiąty dzień po poronieniu.

W razie zakażenia bac. perfringens nie należy tracić drogocennego czasu na próbowanie zachowawczych metod leczenia, lecz jak najszybciej przystępować do leczenia chirurgicznego. Leczeniem z wyboru jest tutaj wycięcie macicy, usuwające ognisko zakaźne.

St. Bagiński. **O wpływie Luteaminy, wodnej frakcji wyciągu jajnikowego, na jajniki**. (Schweiz Med. Wschr. Nr. 43/1934).

Autor przeprowadzał systematyczne badania jajników zwierząt którym wstrzykiwano agomensinę przez dłuższy czas. Jako materjał służyły koty, króliki, świnki morskie, szczury i myszy. Po długotrwałem podawaniu większych ilości agomensiny badano drobnowidowe jajniki. Okazało się, że agomensina pobudza owogenezę, natomiast przedawkowanie doprowadza do zaniku większej liczby pęcherzyków i do obumarcia licznych komórek jajowych. Jako wynik tych zmian występuje u ludzi i człekokształtnych krwawienie, u ssaków i innych zwierząt przekrwienie narządów rodnych bez rui. 3 mikrofotografje uzupełniają badania autora.

Na zakończenie poruszono kliniczne stosowanie agomensiny w braku miesiączki, skąpej miesiączki i innych zaburzeniach miesiączkowych oraz w niedorozwoju, zaburzeniach przekwitania, wymiotach ciężarnych i innych.

NEUROLOGJA, PSYCHJATRJA.

E. Ask-Upmark. **W sprawie rozpoznawania nowotworów rdzenia kręgowego** (Klinische Wochenschrift Nr. 5, 1935).

W latach 1913-1914 przeprowadzano na klinice wewnętrznej w Lund leczenie 30 chorych z nowotworami rdzenia kręgowego. Trzy z tych nowotworów były wewnątrzrdzeniowe, z pozostałych 12 stanowiły meningiomata, 10-neurinomata, 5-inne nowotwory. Rozpoznanie było potwierdzone operacyjnie lub sekcyjnie.

Meningioma występuje przeważnie u kobiet w wieku powyżej 40 lat; jeżeli chodzi o pozostałe nowotwory, nie udało się stwierdzić na podstawie materjału autora uprzywilejowania jakiegoś wieku lub płci.

Meningioma umiejscawia się przeważnie w zakresie okolicy piersiowej, neurinoma raczej w okolicy szyjnej i lędźwiowej, guzy wewnątrzrdzeniowe—w okolicy zgrubień,

Meningioma wykazuje naogół bardziej długotrwałe wywiady niż neurinoma. Bóle korzonkowe występują w tych ostatnich wcześnie i stanowią objaw charakterystyczny, wysuwający się na plan pierwszy, natomiast meningioma cechuje się często stosunkowo wczesnem występowaniem niedowładów. W przebiegu meningiomatis mogą występować czasowe remisje. Objawy ze strony dróg moczowych zjawiają się późno.

Dla celów rentgenodjagnostyki stosowano poczęści podpotyliczne wstrzykiwania lipjodolu sposobem *Ingvar-Edlinga*, poczęści zaś w ciągu ostatniego roku badanie rozsuwania wyrostków stawowych metodą *Elsberga*. Obie te metody nawzajem się uzupełniają. Autor podaje opis przypadku neurinomatis z rozsunięciem wyrostków stawowych dwóch kręgów. Spostrzeżenia autora potwierdzają naogół zespoły, opisane przez *Elsberga* dla rozmaitych rodzajów nowotworów. Autor próbował stawiać rozpoznanie przed operacją zarówno istnienia jak i rozmiarów i anatomo-patologicznego charakteru nowotworów; daje się to uskutecznić w dużej liczbie przypadków na podstawie wytycznych, podanych przez *Elsberga*.

B. Sarebramik. **Rozpoznawanie i klinika początkowych porażeń układu nerwowego w zatruciu siarczkiem węgla**. (Nerwopatologja, psichjatrja, psichogigjena t. III, z. 11—12, 1934 r.).

U robotników, pracujących w przemysłach, w których znajduje zastosowanie siarczek węgla, między innemi w pewnych oddziałach fabryk sztucznego jedwabiu, nie stwierdzono ani razu ciężkiego zatrucia siarczkiem węgla. W powstawaniu objawów zatrucia układu nerwowego główną rolę odgrywa siarczek węgla i poczęści siarkowodór. Najczęściej spotykane objawy ostrego zatrucia, bóle głowy, zawroty głowy i senność spostrzega się również w przewlekłych zatruciach, co świadczy o wielokrotnych zadziałaniach niewielkich dawek jadu. Początkowy obraz zatrucia składa się oprócz tego z objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz ze strony nerwów obwodowych. Pierwsze noszą charakter neurastenicznego zespołu objawowego, czasami z przejściowemi stanami euforji. W poszczególnych przypadkach można stwierdzić drżenie rąk, wzmożenie odruchów ścięgnowych, przemijające odruchy patologiczne. Najbardziej cennemi dla rozpoznania są objawy zapalenia nerwów, (parestezje, bolesność pni nerwowych, osłabienie czucia, osłabienie odruchów ścięgnowych na kończynach, drgawki w kończynach, obniżenie

pobudliwości elektrycznej) głównie wtedy, gdy występują one w kombinacjach jeden z drugim. Nagromadzenie chociażby pojedyńczych objawów zapalenia nerwów w grupie zawodowej świadczy o tem, że uległa ona zatruciu.

Wszystkie wyżej wymienione objawy, zwłaszcza ze strony obwodowego układu nerwowego, cechują się znaczną chwiejnością i ulegają szybkiej poprawie, gdy chory przestaje pracować. Objawy początkowego zatrucia mogą się ujawnić już w czasie pierwszych miesięcy pracy, lecz nie muszą one obowiązkowo później się nasilać.

Zapobieganie polega na zmniejszeniu zawartości siarczku węgla w powietrzu zapomocą dążenia do zupełnej szczelności przyrządów i na przestrzeganiu środków ostrożności w uszkodzeniach ich (respiratory). Robotników należy poddawać okresowo powtórnym badaniom przy udziale neurologa, zaś w razie stwierdzenia niewątpliwych objawów początkowego zatrucia stosować u nich leczenie (klimatyczne i fizykalne).

W. Głazow i A. Amirdżanian. **Leczenie chorych z depresją wśródżylnemi wstrzykiwaniami bromku sodowego.** (Sowietskaja Psichonewrologja Nr. 5, 1934).

Bodźcem to badanie autorów było doniesienie Zondeka o zawartości bromu we krwi chorych, dotkniętych rozmaitemi cierpieniami, i spostrzeżenie tegoż autora, że w stanach depresji obniża się poziom bromu we krwi. Autorzy spostrzegali 40 chorych w stanie depresji, których leczyli wśródżylnemi wstrzykiwaniami 5—20% rozczynu bromku sodowego w dawce 5 cm.^{3} Wyniki, w ten sposób otrzymane, pozwalają stwierdzić, że bromki wywierają pomyślne działanie w depresjach odczynowej psychozy schizofrenicznej, padaczkowej i cyklicznej. W postaciach depresyjnych schizofrenji bromki zmniejszają depresję, lecz nie wywołują całkowitego wyleczenia choroby. W depresjach psychozy histerycznej brom nie daje tak dodatnich wyników.

LARYNGOLOGJA, OTJATRJA.

A. Strrè i Hortopan. **Pierwotna angina martwicowa.** (Presse médicale Nr. 10, 1935).

Angina martwicowa Henocha stanowi ściśle określoną jednostkię chorobową, która się zjawia najczęściej jako powikłanie płonicy (scarlatina), rzadziej błonicy (diphteria), które wskutek przyłączenia się tego cierpienia nabierają szczególnie ciężkiego charakteru. Lecz angina martwicowa może występować również jako schorzenie samodzielne i pierwotne. Jest to choroba zakaźna, mogąca być zaraźliwą i powodować nawet małe epidemje.

W wywoływaniu jej odgrywają, jak się zdaje przeważającą, jeżeli nie wyłączną rolę, zarazki beztlenowe, bac. perfringens, rzadziej bac. ordematis maligni.

Wstrzykiwania wieloważnej surowicy przeciwzgorzelinowej stanowią w obecnym stanie naszych wiadomości jedyne leczenie skuteczne, które należy stosować we wszystkich przypadkach.

A. Hautant. **Wskazania i wyniki oddalone leczenia chirurgicznego zawrotów głowy pochodzenia usznego.** (Les annales d'oto-laryngologie. Nr. 11/1934).

Nieustępujące napady zawrotów głowy pochodzenia usznego są związane ze zmianami obwodowemi, umiejscowionemi w przedsionkowym narządzie zmysłowym. Po zniszczeniu bodźca obwodowego tego narządu często znikają, a prawie zawsze ulegają poprawie napady zawrotów głowy.

Celowi temu odpowiada zabieg chirurgiczny na przewodach półkolistych, przeprowadzony poprzez wyrostek sutkowy. Jest to zabieg prosty, dający szybkie wyleczenie. Jeżeli zawiedzie, nie powoduje on przynajmniej nigdy pogorszenia się stanu zawrotu.

Autor nie zaleca tej metody leczenia chirurgicznego do stosowania we wszystkich przypadkach ciężkich napadów zawrotu głowy, gdyż większość ich, jak wiadomo, ulega poprawie i złagodzeniu na czas dłuższy. Jednakże niewolno zapominać o pomyślnem często działaniu leczenia chirurgicznego w przypadkach zawrotów głowy, cechujących się nieustannemi i bardzo gwałtownemi napadami, opornemi na leczenie zachowawcze. Trepanacja przewodu półkolistego stanowi ostateczny środek przeciwko długotrwałym zawrotom głowy, który można zastosować, gdyż jest on wolny od niebezpieczeństw.

DERMATOLOGJA, WENEROLOGJA.

J. Sellei. **Leczenie ostud sokiem cytrynowym (witaminem C) i maścią rtęciową, (olejem rtęciowym).** (Fortschritte der Therapie z. 1, 1935).

Celem odbarwienia ostud (chloasma) stosował autor maść (względnie olej) rtęciową *Unny* o następującym składzie: Rp. Mercur. praecipitat. albi, Bismuthi subnitrici, Glycerini, Olei Sesami an. 2,5. Autor próbował również kuracji cytrynowej *Sznelego,* która czasami dawała dobre wyniki, czasami zaś zawodziła.

Zupełnie inaczej zaczęły się kształtować wyniki, gdy autor łączył ze sobą obie metody, t.j. stosował zewnętrznie olej rtęciowy, dowewnątrz zaś podawał sok cytrynowy i inne rodzaje owoców i jarzyn, zawierających witamin C (papryka, pomidory i t. p.). Z 15 przypadków, spostrzeganych przez czas dłuższy, w 5 nastąpiło zupełne wyleczenie, 6 razy pozostało jedynie słabe zabarwienie, w 4 nieco ciemniejsze. Uderzającym jest fakt, że wyleczenie utrzymywało się również w ciągu letnich miesięcy, kiedy nasłonecznianie bardzo sprzyja powstawaniu ostud.

Leczenie musi być oczywiście indywidualne, prowadzić je należy ewentualnie z odpowiedniemi przerwami przez czas dłuższy. Celowe jest stosowanie spoczątku wyżej podanego oleju rtęciowego tylko na mniejszych odcinkach skóry i jedynie w ciągu 1—2 godzin, ażeby móc określić wrazliwość skóry na rtęć. Jeżeli maść rtęciowa jest już dobrze znoszona w ciągu 10—12 godzin, można prowadzić leczenie bez szkody całemi tygodniami. U chorych z wrażliwą skórą rozpoczyna autor leczenie od 10% maści rtęciowej, następnie przechodzi na maść 15% i wreszcie na 25%. Skórę należy uprzednio wymyć ciepłą wodą i mydłem, a następnie dopiero wciera się maść rtęciową. Sok cytrynowy podaje się w postaci lemoniady z cukrem i wodą codziennie w ilości 80—100 gr., co odpowiada 3—4 cytrynom. Prócz tego podaje się codziennie jeszcze 1—2 pomarańcze albo 2—3 jabłka lub gruszki lub 1 pomidor, lub 1—2 słodkich papryk, co odpowiada również leczeniu witaminem C.

Otrzymane dobre wyniki dowodzą, że w określonych barwnikach skórnych witamin C, podawany doustnie, wzmaga odbarwiające działanie stosowanej jednocześnie maści rtęciowej. W ten sposób tłumaczyć należy otrzymywane w wielu przypadkach ostudy dobre wyniki tej kombinacji leczniczej.

O. Kren. **Jakie leczenie ropni gruczołów potowych jest najbardziej celowe?** (Aerztliche Praxis Nr. 1, styczeń 1935).

Pomimo dużego rozpowszechnienia ropni gruczołów potowych (hydradenitis purulenta), zwłaszcza latem u kobiet, schorzenie to jest jeszcze obecnie pod względem patogenetycznym zupełnie niewyjaśnione. W każdymbądź razie nie chodzi tutaj o czyraki pod pachą, lecz o głębokie i szerokie twory guzowate, które wychodzą zgłębi. Zabiegi chirurgiczne, jak: uprzednie golenie, odkażanie nalewką jodową, nacięcie i sączkowanie z następowym opatrunkiem mało się nadają do leczenia. Okłady powodują ocieranie się i wywołują nowe ropienia; wygolone względnie odrastające krótkie włosy ocierają się o przeciwną stronę i wywołują uszkodzenia skóry, które ulegają zakażeniu. Stosowane jeszcze niestety, choć rzadko, całkowite wycięcie wszystkich nacieków jest dużym zabiegiem operacyjnym, wymagającym długiego postępowania pooperacyjnego. Najcelowszem okazało się stosowanie wilgotnego ciepła, które powoduje z jednej strony zmiękńienie ropni, z drugiej zaś — wessanie się twardych nacieków. Leczenie to można łączyć z odkażaniem zapomocą środków złuszczających i podawaniem auto-szczepionek, Akisthin i wstrzykiwaniami własnej krwi.

Postępowanie będzie więc następujące: każe się choremu myć lub kąpać w gorącej wodzie, a mianowicie z dodatkiem ½—1% mydła w ciągu ½—1 godziny, robi się również gorące okłady z wody z mydłem, unikać natomiast należy golenia włosów pod pachami, które stanowią naturalną ochronę, i stosowania maści. W razie potrzeby należy otwierać

szczególnie bolesne twarde ropnie zapomocą nakłucia, lecz niewolno ich sączkować, ani przewiązywać, tylko natychmiast przemywać gorącą wodą z mydłem, a następnie zwilżać spirytusem salicylowym i przysypać pudrem. Szczególnie pomocnemi we wchłanianiu się nacieków okazały się naświetlania lampą kwarcową. Osiągnąć to można również zapomocą bardziej niebezpiecznej metody, mianowicie naświetlań promieniami Roentgena. Zapomocą takiego postępowania, uzupełnionego wstrzykiwaniami autoszczepionek lub Akisthin, mleka lub własnej krwi osiąga się zwykle wyleczenie w ciągu 14 dni.

Do przemywań rany zamiast żółtego rozczynu trypaflawiny lepiej jest używać alkoholu z dodatkiem 2% formaliny.

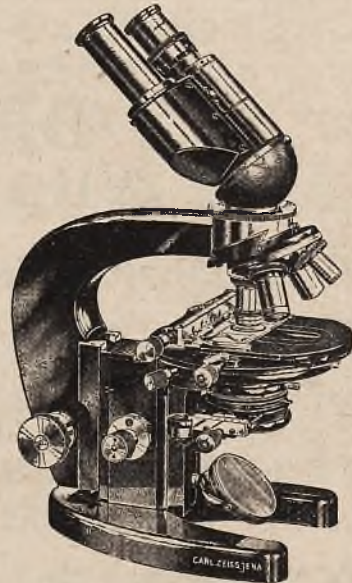
Czasami bardzo skutecznem okazuje się leczenie krótkiemi falami.

Redaktor i wydawca: **Mr. A. HIRSZFELD**

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedynczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, 1/2 str. zł. 80.—, 1/4 str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka, Warszawa, tel. 5-22-05.


CARL ZEISS JENA

